

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1960 - N° 177

Contribution à l'étude
des états dépressifs
en service psychiatrique fermé

*Réflexions cliniques et thérapeutiques
à propos de 190 observations*

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 19 Octobre 1960

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOHARD François

Né le 25 Décembre 1933, à Lons-le-Saunier (Jura).



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1960

Contribution à l'étude
des états dépressifs
en service psychiatrique fermé

*Réflexions cliniques et thérapeutiques
à propos de 190 observations*

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 19 Octobre 1960

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOHARD François

Né le 25 Décembre 1933, à Lons-le-Saunier (Jura).



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1960

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. J. LEPINE.
M. H. HERMANN (Correspondant de l'Institut)
M. M. LEVRAT.

Doyen Honoraire.
Doyen.
Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE,
TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS :

MM. HERMANN	Physiologie.
CIBERT	Clinique urologique.
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique, Radiologie, Physiothérapie.
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.
ROCHET.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
X...	Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie.
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B.
DELORE	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.
CROIZAT	Clinique médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
GUILLEMINET	Clinique de chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile.
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale.
POLLOSSON	Clinique gynécologique.
PIGEAUD	Clinique obstétricale.
BOURRET	Médecine du Travail.
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale.
DUCLOS	Clinique stomatologique.
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge.
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie.
NETIEN	Botanique et Cryptogamie.
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique.
DREVEN	Pharmacie et Pharmacologie.
ROCHE	Médecine légale et Déontologie.
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique.
MOUNIER-KUHN	Clinique oto-rhino-laryngologique.
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique.
THIERS	Clinique dermatologique et syphiligraphique.
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie.
CREYSSEL Jean	Clinique traumatologique des membres.
DARGENT	Cancérologie.
GUICHARD	Anatomie pathologique.
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale.
LATARJET	Anatomie.
PEYCELON	Pathologie chirurgicale.
GIRARD Marcel	Thérapeutique.
VACHON	Pathologie médicale.
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires.
KEHL	Histologie.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine.
DORCHE	Technologie pharmaceutique.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

MM. BANSILLON	Obstétrique.
ROMAN	Parasitologie.
BERTOYE André	Bactériologie.
CIER Jean-François	Physiologie.
CHATONNET Joseph	Physiologie.



MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM. PERROT Louis	Chimie organique et toxicologie.
FEROLDI Jacques	Anatomie Pathologique.
CIER André	Pharmacie et Pharmacologie.
CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale.
DUROUX Emile	Anatomie.
BRETTE René	Thérapeutique.
DUMONT Louis Prosper	Histologie.
THIVOLET Jean	Hygiène.
GARIN Jean-Paul	Parasitologie.
MORET Robert	Physique.
ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie.

AGREGES EN EXERCICE

MM. LECUIRE	chargé d'enseignement	Neuro-chirurgie.
GONIN André	—	Cardiologie.
MATHIEU Jacques	—	Obstétrique.
MARION Joseph	—	Orthopédie.
PONT Maurice	chargé d'enseignement	Propédeutique médicale.
VIGNON Georges	—	Pathologie médicale.
REVOL Louis	—	Pathologie médicale.
JAUBERT de BEAUJEU	—	Pathologie chirurgicale.
TRAEGER Jules	—	Médecine générale.
GUILLEMIN Georges	—	Pathologie chirurgicale.
PAPILLON Jean	—	Electro-radiologie.
BURTHIAULT René	—	Obstétrique.
FRANÇOIS René	—	Pédiatrie, Puériculture.
GUINET Paul	—	Médecine générale.
SAUTOT Jean	—	Pathologie chirurgicale.
MARION Pierre	—	Chirurgie générale.
MICHAUD Pierre	—	Chirurgie générale.
MONNET Paul	—	Maladies infectieuses.
GIGNOUX Marcel	—	O. R. L.
FREIDEL Charles	—	Stomatologie.
PLAUCHU Marcel	—	Médecine générale.
DEVIC Michel	chargé d'enseignement	Pathologie médicale.
COLIN Marcel	—	Médecine légale.
GUYOTAT Jean	—	Neurologie.
DUMONT Martial	—	Obstétrique.
DURAND Louis Noël	—	Urologie.
FRANCILLON Jacques	—	Chirurgie générale.
DESPIERRES Charles	—	Médecine générale.
de MOURGUES Georges	—	Chirurgie générale.
SAUBIER Eugène	—	Chirurgie générale.
COLOMB Daniel	—	Dermatologie.
TOLOT François	—	Médecine du Travail.
SCHOTT Bernard	—	Neurologie, Psychiatrie.
BONAMOUR Georges	—	Ophthalmologie.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

M. le Professeur DECHAUME, Président,
MM. les Professeurs Agrégés COLIN, GUYOTAT, SCHOTT, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS HENRI

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique
et d'Hygiène mentale*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de cette Thèse.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR M. COLIN

Professeur Agrégé de Médecine Légale

MONSIEUR LE DOCTEUR J. GUYOTAT

Professeur Agrégé de Neuro-Psychiatrie

MONSIEUR LE DOCTEUR B. SCHOTT

Professeur Agrégé de Neuro-Psychiatrie

En hommages respectueux.

AUX MÉDECINS DE L'HÔPITAL ST-GEORGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR P. FLOT

Médecin des Hôpitaux psychiatriques

MONSIEUR LE DOCTEUR CH.-H. NODET

Ex-chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux psychiatriques

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. HOUSER

Médecin des Hôpitaux psychiatriques

INTRODUCTION

A la fin de notre Internat à l'hôpital psychiatrique, il nous a paru intéressant de faire une étude clinique des états dépressifs rencontrés avant de pouvoir donner des impressions thérapeutiques.

En effet, l'apparition des nouvelles chimiothérapies semble exiger une description clinique rigoureuse.

Ce travail comprend 190 observations d'états dépressifs chez l'homme, à l'hôpital St-Georges de *Bourg* (Départements de l'Ain et de la Saône-et-Loire). Nous n'avons retenu que les cas des malades entrés entre le 15 août 1957 et le 15 mars 1960, ou bien entrés avant le 15 août 1957, mais présents durant ces 31 mois. Cette durée correspond à notre temps d'Internat ; nous avons connu personnellement la plupart des malades : 60 dans le service du Docteur FLOR, 130 dans celui du Docteur NODET.

Dans une première partie, nous présenterons une classification d'ensemble des états dépressifs.

Dans une seconde partie, nous essaierons de classer les 190 observations en fonction du cadre précédent.

Dans une troisième partie, nous donnerons quelques impressions thérapeutiques.

Nous témoignerons ici notre vive et respectueuse reconnaissance aux médecins de l'hôpital St-Georges :

— Au Docteur FLOR, qui nous a initié à la psychiatrie hospitalière : nous gardons un excellent souvenir des 17 mois passés dans son service.

— Au Docteur Ch.-H. NODER qui a inspiré et guidé ce travail. La richesse clinique et théorique de son enseignement, son esprit de méthode et la clarté de son exposé sont la source de nos connaissances psychiatriques.

Puissions-nous suivre l'exemple de son travail et de l'affection profonde qu'il porte à ses malades !

PREMIERE PARTIE

ESSAI DE CLASSIFICATION DES ETATS DEPRESSIFS

Il paraît nécessaire de conserver la distinction traditionnelle entre PSYCHOSES et NEVROSES, fondamentale sur le plan de la clinique et du pronostic, souvent très utile sur le plan thérapeutique, même si du point de vue structural la théorie de l'unité des états dépressifs semble la plus admise aujourd'hui (H. EY, symposium sur les états dépressifs, Paris, 1955 ; P. HOCH, conférence de l'université Mac Gill, Montréal, 1959 ; S. NACHT et P. C. RACAMIER, étude psychanalytique, *Revue française de psychanalyse*, 1959).

Certes, l'existence fréquente de cas complexes ou limites montre l'insuffisance des arguments cliniques, étiologiques, évolutifs et thérapeutiques. Dans de nombreux cas cependant, ces arguments permettent une classification : c'est pourquoi une subdivision en fonction de la clinique est ici envisagée. Bien insuffisante dans de nombreux états atypiques de diagnostic difficile, elle permet souvent un diagnostic précis, un pronostic juste, un traitement judicieusement choisi.

ETATS DEPRESSIFS PSYCHOTIQUES

Le syndrome mélancolique de la PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE est le type même de ces états psychotiques à l'allure de crise, d'accès où l'angoisse est vécue. Il s'agit de maladie de la *conscience* (H. Ey).

Ce syndrome peut présenter diverses formes cliniques ; il peut être incomplet. Souvent symptomatique, il n'appartient pas à la psychose périodique et représente alors une forme de début d'une autre maladie mentale.

A) Le syndrome mélancolique de la psychose maniaco-dépressive

1°) DESCRIPTION DE L'ACCÈS TYPIQUE.

Le début est généralement brusque. On trouve parfois des facteurs déclenchants (favorables ou défavorables).

La crise typique est caractérisée par la triade symptomatique : douleur morale, inhibition psycho-motrice, auto-dépréciation.

a) La douleur morale :

Tour à tour exprimée par l'ennui, la monotonie, une sensation de vide, une grande détresse thymique, elle s'accompagne souvent d'un sentiment d'incurabilité.

Elle aboutit à une rupture d'avec la réalité, au découragement, à l'*angoisse*. Cet avenir avec peur apparemment sans objet et amplification péjorative (si la peur apparaît sans objet, il existe « un danger psychique constitué par un conflit inconscient qui existe au sein de la personnalité et qui oppose le moi à des tendances à la fois érotiques et agressives » (J. BOUTONNIER, L'angoisse, Paris, 1945) explique le malheur *vécu* du mélancolique, son désespoir, toutes ses idées de ruine, de mort, ou de négation : « sentiment d'annihilation » parallèle à « une angoisse panique » archaïque où « le danger menace de l'intérieur de la personnalité » (O. FENICHEL).

Cette angoisse mélancolique avec concentration douloureuse de la vie affective peut se manifester par une excitation motrice intense et s'accompagner du syndrome physique : sensations diverses de striction thoracique voisine de l'angor, spasmes, crampes et de tous les signes neuro-sympathiques classiquement décrits.

A son paroxysme, l'angoisse peut s'accompagner d'hallucinations pantophobiques, témoignant de formes plus graves.

b) *L'inhibition psycho-motrice :*

Frappe d'emblée chez ce malade : faciès figé, abaissement des plis de la bouche, front marqué du classique « oméga », attitude rigide, gestes ralentis. S'il parle, ses paroles sont rares et monocordes, la voix monotone progressivement s'éteint comme fatiguée.

Les actes les plus simples sont difficilement exécutés. Parfois l'immobilité est irréductible, hormis les cas de raptus mélancolique.

L'inhibition psychique est caractérisée par l'effondrement de la volonté (H. Ey), une idéation pauvre et ralentie, l'extrême difficulté devant le moindre effort de mémoire, de réflexion, d'imagination.

L'inhibition psycho-motrice peut être absente et céder le pas à *l'agitation anxieuse*. On rencontre parfois chez un même malade inhibition et agitation : tel mélancolique au visage immobile, à l'attitude figée, qui ne cesse cependant de se frotter les mains ou de se tordre les doigts de façon incoercible.

A son degré maximum, le syndrome d'inhibition réalise le tableau de la STUPEUR MÉLANCOLIQUE : immobilité totale, faciès accablé, refus constant d'aliments.

« La stupeur est une conduite de mise à l'abri, de refuge et au besoin de refuge dans la mort » (J. GUYOTAT).

c) *Le délire d'auto-dépréciation :*

Les vifs sentiments d'indignité et de culpabilité amènent l'auto-accusation de fautes invoquées souvent mi-

nimes ou imaginaires qui appellent le châtement et la damnation.

d) *La conduite suicidaire :*

Est la conséquence de l'angoisse, de l'inhibition et de l'auto-dépréciation à la fois.

Suicide direct, souvent véritable « furia » auto-destructrice, parfois s'étendant aux proches dans les cas de suicide collectif.

Suicide indirect par refus de soins et d'aliments au cours duquel un *délire aigu* peut se manifester.

La conduite suicidaire ostensible ou non est constante dans cette crise mélancolique.

e) *Modifications neuro-végétatives et endocriniennes :*

Syndrome thoracique, troubles cardio-vasculaires, perturbations rénales, troubles digestifs et nerveux dont l'INSOMNIE est le plus fréquemment rencontrée, souvent à titre de manifestation prodromique de l'accès.

2°) LES FORMES CLINIQUES :

a) SYMPTOMATIQUES :

Selon la prédominance d'un des symptômes fondamentaux précédemment étudiés, on peut rencontrer :

- la forme *anxieuse* de la mélancolie, où la douleur morale est extrême avec attente du malheur et concentration douloureuse de la vie affective ;
- la forme *stuporeuse* lorsque l'inhibition psychomotrice est au premier plan. Le faciès est figé dans une expression de grand malheur, tout le corps est inerte. L'activité psychique est suspendue, le refus d'aliment est habituel ;
- la forme *confuse* avec troubles profonds de la conscience :
 - désorientation temporo-spatiale,
 - amnésie consécutive,
 - catalepsie,
 - onirisme.

(Pour H. Ey, elles représentent non des mélancolies « compliquées » de confusion, mais un niveau de dissolution plus profond).

— la forme *délirante* de la mélancolie.

Il s'agit d'une forme où domine l'importance du délire *d'auto-dépréciation* (car toute conscience mélancolique contient en puissance le délire).

Les *caractères généraux* de ce délire sont bien connus depuis SEGAS :

- monotonie, fixité : l'anxiété et le sentiment d'indignité sont invariables ;
- pauvreté de la structure intellectuelle ;
- délire du passé (regrets, remords...) ou de l'avenir ; mais le moment présent n'intéresse pas le mélancolique — différence importante avec le délire de persécution ;
- « affectif plus qu'idéatif », il s'agit en fait d'un délire plus *intuitif* que véritablement organisé dont « la croyance délirante reste toujours oscillante » (J. GUYOTAT) ;
- il est *extensif*, le malade diffusant son malheur à ses proches ; ce caractère est à la base du suicide élargi ;
- la *passivité* avec laquelle il est vécu.

Les *thèmes* les plus fréquemment rencontrés sont essentiellement :

— l'AUTO-DÉPRÉCIATION :

- aspect *moral* : culpabilité, auto-accusation de fautes minimales, anciennes ou imaginaires, qui appellent le jugement, le remords, le châtiement ;
- aspect *social* : ruine, déshonneur, deuil ;
- aspect *somatique* : dépréciation corporelle, idées hypocondriaques de négation d'organes (syndrome de COTARD) et transformation corporelle.

- la MÉGALOMANIE. L'extension mégalomaniacale aboutit à l'élaboration du délire d'« énormité » ou mégalo-mélancolie décrite par COTARD, syndrome assez rarement rencontré (du moins dans les formes aiguës et périodiques).
- Les idées de PERSÉCUTION sont inhabituelles ; quand elles existent il faut beaucoup d'arguments, de circonspection et de prudence pour savoir éliminer un authentique délire de persécution.

b) FORMES MINEURES :

Dans ces formes, *il n'y a pas de délire mélancolique exprimé*, mais un sentiment d'infériorité, d'impuissance, un découragement, des scrupules...

Souvent l'inhibition et l'anxiété accompagnent ces symptômes.

Parfois la symptomatologie est mineure : par exemple dans la « neurasthénie mélancolique » de EY, avec troubles digestifs, fatigue, tristesse, insécurité.

Dans d'autres cas, un ensemble peu caractéristique est rencontré : insomnie banale, sentiment d'impuissance, coenestopathies variées, inhibition, découragement...

Il est alors impossible de classer ces états par la seule clinique et c'est l'anamnèse qui permet souvent de préciser un diagnostic incertain :

1° antécédents héréditaires (le plus souvent maniaco-dépressifs) ;

2° la brusquerie du début avec ou sans facteurs déclenchants (ce qui est le plus fréquent) ;

3° notion d'accès antérieur typique, maniaque ou mélancolique ;

4° efficacité de la sismothérapie.

On connaît ainsi l'existence d'états dépressifs cliniquement très atypiques survenant brusquement chez des malades dont la psychose périodique est certaine ; ces

dépressions rentrent dans le cadre de la mélancolie, bien qu'apparemment elles ressemblent beaucoup aux habituelles dépressions névrotiques.

Ces formes montrent les limites de l'étude clinique. On retrouvera le même problème au cours de l'étude des états dépressifs atypiques de diagnostic difficile.

B) Les mélancolies symptomatiques

En dehors de la psychose maniaco-dépressive, le syndrome mélancolique peut être la forme de *début* :

— d'un processus schizophrénique ;

— d'un délire chronique. A ce sujet, il faut considérer, d'une part, qu'un premier accès de mélancolie, même typique, mais d'apparition *tardive* (après 40 ans) est souvent la première manifestation d'un délire ; d'autre part, que très souvent un syndrome mélancolique auquel se mêlent des idées de persécution témoigne en fait d'une invasion délirante : les formes pourtant classiquement décrites de mélancolies délirantes avec thèmes de persécution paraissant rares ;

— d'une involution sénile ;

— d'autres affections organiques : tumeurs cérébrales, paralysie générale, intoxications.

ETATS DEPRESSIFS NEVROTIQUES

Ils représentent des troubles de la personnalité.

Dans ce court chapitre, *l'angoisse névrotique* sera tout d'abord évoquée ; nous verrons ensuite les différents mécanismes de défense contre cette angoisse dans des *névroses classiques et bien définies*, comme *l'hystérie* ou *l'obsession* d'une part, dans des ensembles plus difficiles à préciser pour les cas de *dépressions mineures* (« petits nerveux », alcooliques déprimés et dépressions réactionnelles), d'autre part.

Il convient de souligner ici l'importance de l'étude de la personnalité, puisque par définition l'état dépressif envisagé est en *continuité avec cette personnalité*. Il s'agit là d'une analyse plus perceptible et plus utilisable en *pratique* que dans la *mélancolie*.

Cette présentation des états névrotiques est volontairement limitée, puisqu'elle est établie en fonction des différents cas (76) rencontrés pendant 31 mois dans un service fermé.

1°) *L'angoisse névrotique*

Le conflit névrotique inconscient né dans la personnalité représente un danger que l'angoisse va signaler.

— Le type d'angoisse le plus archaïque est celui du nourrisson qui est soumis inévitablement aux traumatismes. Il s'agit d'une réaction automatique et non spécifique.

— Par la suite, cet automatisme peut être utilisé par le Moi comme signal d'avertissement d'un danger intérieur. Le Moi peut alors se servir de l'angoisse et réagir.

— Il est des cas où l'angoisse échappe au Moi ; elle est alors vécue comme l'attente d'un danger inconnu et amplifié de façon péjorative. C'est un véritable état de panique avec manifestations *psychiques* : instabilité, sentiment de tension intérieure, insécurité, irritabilité, larmes, explosions émotives ; et manifestations *physiques* (décrites

par DUPRÉ) qui résultent d'intenses réactions neuro-sympathiques et hormonales atteignant tout le système endocrinien, l'appareil digestif, l'appareil respiratoire (striction), les muscles (spasmes, crampes), l'appareil cardiovasculaire, les organes cutané-sensoriels.

Ce type d'angoisse-panique est celui rencontré dans *l'hystérie d'angoisse* : « Parfois le Moi n'est pas capable de « contenir » l'angoisse. Le dispositif qui avait pour but d'empêcher l'état traumatique peut au contraire le provoquer ». (FÉNICHÉL) (1).

Il y a régression à l'état d'angoisse archaïque, primitive et automatique.

Cliniquement, l'angoisse peut donc se manifester de façon consciente et avec une très grande intensité. Souvent elle ne s'exprime que par la crainte, une simple inquiétude imprécise.

D'autre part, l'angoisse névrotique ne s'accompagne pas de délire. Si, classiquement, elle ne cède pas à la sismothérapie, elle peut au contraire être atténuée par un contact psychothérapique (que le malade accepte ou réclame). L'évolution est liée à la personnalité du malade. Le suicide « vrai » est toujours possible dans les cas d'angoisse-panique (type hystérie d'angoisse).

On peut résumer ces différents caractères et les opposer à ceux de l'angoisse mélancolique :

<u>Angoisse mélancolique</u>	<u>Angoisse névrotique</u>
Délirante.	Non délirante.
Absence de contact psychothérapique.	Contact psychothérapique possible.
Evolution sans liaison (apparente) avec la personnalité.	Evolution en liaison avec la personnalité.
Succès de la sismothérapie.	Echec de la sismothérapie.
Suicide fréquent.	Suicide possible.

(1) O. FÉNICHÉL, *La théorie psychanalytique des névroses*, T. I, p. 164.

D'autres symptômes apparents du conflit névrotique accompagnent en général l'angoisse :

— *des sentiments de culpabilité* : honte, scrupules, découragement ;

— *l'inhibition* peut se rencontrer dans toutes les « fonctions du Moi » : timidité, difficulté de maintien des postures, manque d'intérêt, apathie, inhibition sexuelle dans l'impuissance et la frigidité ;

— *les troubles du sommeil* (bien précisés par FÉNICHEL et HELD) ⁽¹⁾ :

— hypersomnie, conséquence de la fatigue, peut la compenser par de longues nuits de 12 à 15 h. de sommeil ;

— insomnie, plus fréquemment rencontrée, due à l'état de tension du psychisme névrosé ;

— *les troubles moteurs sensitifs neuro-végétatifs et endocriniens* peuvent atteindre toutes les fonctions et tous les organes : l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, le tube digestif, le système musculaire, les organes des sens...

— Les perturbations sont dites *fonctionnelles* lorsqu'elles sont identiques à celles que peut créer *l'émotion* (très proche de l'angoisse automatique non spécifique).

— Par le mécanisme du refoulement de pulsions instinctuelles, la *conversion* hystérique est l'expression somatique de ce conflit (trouble fonctionnel à la « signification inconsciente... et traduction d'un fantasme en « langage corporel »), (FÉNICHEL).

— A un dernier degré, le conflit névrotique peut aboutir à des *altérations organiques* : c'est tout le domaine complexe de la jeune *psycho-somatique*.

— *l'asthénie*, qu'il s'agisse de la fatigue *réelle* psychomotrice, « conséquence psychique, dépense nécessaire à la lutte contre le progrès de la dépression » (J. MAILLET, La

(1) O. FÉNICHEL, *La théorie psychanalytique des névroses*, T. I, p. 233.
R. FELD, *L'insomnie névrotique*, *Evol. psych.*, 1960, T. I, p. 1.

dépression névrotique, Paris, 1955), ou de la fatigue *symptôme*, inhibition ou conversion hystérique, elle explique en grande partie le sentiment d'infériorité, l'humeur triste et l'instabilité du névrosé.

Généralement, c'est une asthénie prédominante le matin au réveil : tout effort musculaire paraît impossible, la position assise ou couchée est préférée ; la fatigue psychique se caractérise par un sentiment d'incapacité, des troubles mnésiques, une hyperesthésie au bruit.

Souvent, la fatigue diminue en fin de journée. Chez d'autres personnes, ce cycle quotidien peut varier. Il paraît spécifique pour chaque individu.

2°) Les dépressions névrotiques

Tous les syndromes névrotiques typiques, connus et classés, peuvent se manifester par une dépression (hystérie, phobie, névrose obsessionnelle par exemple).

D'autres syndromes névrotiques moins définis peuvent se présenter sous un aspect dépressif : certaines dépressions dites mineures (névrosés, « petits nerveux »), certains états dépressifs rencontrés chez l'alcoolique, les dépressions réactionnelles.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, qu'une dépression cliniquement névrotique peut être symptomatique et représenter une forme de début d'une autre maladie mentale.

Tel est le plan de ce chapitre.

A) LES SYNDROMES CARACTÉRISTIQUES :

1. *L'hystérie d'angoisse* où l'angoisse est de type archaïque et que nous avons décrite à propos de l'angoisse névrotique. L'angoisse qui, normalement, devait jouer un rôle de signal pour avertir d'un danger (le conflit) devient un symptôme.

Ce type clinique, nous l'avons rarement rencontré à l'hôpital psychiatrique.

En revanche, les formes cliniques de type *hypocondriaque* ou des syndromes voisins de l'ancienne *neurasthénie* de BÉARD (1880) se sont avérés fréquents :

— *Dans l'hypocondrie*, « préoccupation excessive et angoissante au sujet de la santé physique » (ROY, 1905), dominant tous les troubles coesnestopathiques : les algies, les paresthésies, les dysfonctionnements, céphalées, troubles digestifs, palpitations sont les plaintes habituelles.

— *Dans la neurasthénie* (« dépression constitutionnelle » de MONTASSUT), classiquement BÉARD a décrit une sorte d'entité clinique : faiblesse irritable, insomnie, asthénie psychique et motrice, troubles génitaux, troubles vasomoteurs, tendance à l'angoisse, la tristesse et la dépression.

En fait, cette distinction clinique paraît surtout théorique : BÉARD lui-même qui définissait la neurasthénie par l'impression de fatigue et la notion d'épuisement corporel, insistait dans sa description sur les *céphalées*, les *douleurs* et les divers troubles *sympathico-viscéraux*.

En pratique, quel hypocondriaque n'est pas fatigué, triste, insomniaque, irritable dans sa faiblesse ?

De même, il est fréquent de constater chez un même malade, soit un passage de l'« hypocondrie » la plus nette à la « neurasthénie » la plus classique, soit un enchevêtrement peu dissociable des symptômes appartenant à l'une ou à l'autre de ces formes.

Enfin, dans sa description clinique de la NEURASTHÉNIE CONSTITUTIONNELLE, GUIRAUD (*Psychiatrie clinique*, p. 258), cite le cas de ces « *hypocondres* » (dont se méfient les chirurgiens) et ne dissocie donc pas neurasthénie et hypocondrie.

Si, nous éloignant d'une différence quantitative (hypocondrie = préoccupation physique localisée ; neurasthénie = troubles plus diffus), nous essayons de comparer les personnalités hypocondriaques et neurasthéniques, nous remarquons une grande similitude. Mais peut-on parler de personnalité hypocondriaque ? ou faut-il laisser l'hypocondrie dans la catégorie des symptômes ?

Il faut reconnaître que l'hypocondrie-symptôme ou entité clinique a fait naître de nombreuses controverses sur sa nature. Il semble pourtant bien exister une personnalité particulière à la structure encore mal définie et dont F. PERRIER (Psychanalyse de l'hypocondriaque, « Evolution psychiatrique », III, 1959, p. 413) déplore l'insuffisance des recherches sur sa nature :

« L'enrichissement de nos connaissances sur les névroses, comme la relative stagnation de nos connaissances sur la psychose, témoignent ainsi des servitudes du psychiatre vis-à-vis des paradoxes de l'inter-subjectivité. Si, dans cette perspective, on présentifie le problème de l'hypocondrie, pour tenter un bilan de nos acquisitions et de nos perplexités, on s'aperçoit que le sujet hypocondriaque n'a guère la faveur de nos recherches, et qu'aucune découverte spécialement éclairante n'est survenue, pour donner un regain d'intérêt à une question vieille comme la Médecine ».

Plus loin, dans la même étude (p. 414), F. PERRIER considère ainsi l'HYPOCONDRIAQUE comme un *certain type* de malade :

« Répondre que l'hypocondrie n'est pas une entité morbide, qu'elle ne trouve pas sa place en tant que telle dans un classement nosologique ; répondre que le syndrome hypocondriaque ne prend son intérêt qu'à être référé à telle structure psychotique ou névrotique, et aux problèmes qu'elle pose, ne fait, en définitive, que donner son relief à la question. A interroger d'ailleurs et les descriptions des vieux auteurs et notre pratique médicale, on retrouve rapidement un certain type de malade au sujet duquel on ne dira pas : « C'est un névrosé à préoccupation hyponcondriaque ou « c'est un délirant », mais bien : « c'est un hypocondriaque ».

Est-ce la peine ici, d'évoquer ce familier du Médecin, ce malade médecin de lui-même, qui ne vient nous poser la question de ses troubles que pour nous infliger la description princeps de son cas clinique, qui ne réclame notre aide que pour prouver notre impuissance à le guérir, qui

ne trouve sa foi en la médecine que dans sa défiance envers les médecins.

Curieuse situation que la nôtre, dès lors ; souligner son caractère irritant et frustrant, c'est déjà expliquer en partie, peut-être, la relative pauvreté des travaux sur l'hypocondrie. Car ce patient, en incarnant si bien, dans son témoignage, l'homme malade, en redoublant aussi devant nous l'image caricaturée de notre moi de thérapeute, ne peut-il déclencher en nous les réactions d'agressivité et de méconnaissance qui naissent des gémellités imaginaires ? »

H. Ey pense que dans la « névrose hypocondriaque » se trouvent « amalgamées » :

les formes anxieuses dites constitutionnelles où se mêlent :

- hyperémotivité,
- découragement,
- tristesse,
- irritabilité,
- asthénie,
- plaintes innombrables de troubles somatiques (rédaction d'auto-observations détaillées après auto-examen scrupuleux),
- attitude tyrannique vis-à-vis de l'entourage,
- hypersensibilité au bruit et exaspération devant la joie des autres... ;

les facteurs paranoïaques où dominent la tyrannie, les plaintes et les revendications du malade ;

les facteurs obsessionnels (nosophobie) ;

les facteurs hystériques (hypocondrie théâtrale).

2. *Les phobies* que FREUD, dès 1895, identifie à l'hystérie d'angoisse.

La genèse des phobies est un désir inconscient qui est *redouté* (angoisse) puis *refoulé* (défense) et qui se manifeste dans toutes les craintes anxieuses des maladies, des objets, des lieux publics, des relations sociales... Le symptôme est alors l'évitement de la situation phobogène qui masque temporairement l'angoisse.

3. *L'hystérie de conversion*. Il s'agit de l'expression somatique (névralgie, anesthésie, contracture, paralysie, crises névropathiques) d'un conflit psychologique.

Il y a « déplacement de l'angoisse dans l'espace » (H. Ey). L'idée fixe *inconsciente* (conflit angoissant non résolu et *refoulé*) appelle le symptôme (angoisse érotisée dans un stigmatisme somatique). Nous n'avons pas rencontré de cas d'hystérie de conversion dans les 190 états dépressifs (chez des malades de sexe masculin) étudiés ici. Et si nous avions rencontré un syndrome de conversion très net, nous ne l'aurions vraisemblablement pas retenu : la somatisation de l'angoisse n'est-elle pas souvent une perfection défensive permettant au malade d'éviter un état dépressif clinique ?

Mais nous avons souvent remarqué des traits de caractère hystériques : pas tant le caractère imaginaire, la mythomanie ou même le mimétisme affectif (DIDE) qu'une personnalité suggestible, émotive, instable, rêveuse.

4. *Les obsessions*. C'est FREUD, en 1895, qui a séparé les obsessions des phobies.

« Si, dans les obsessions, l'état émotif peut être, au même titre que l'anxiété, le doute, le remords, la colère, dans les phobies, c'est toujours l'angoisse. Dans les obsessions, l'état émotif est toujours justifié par une idée originale, inconciliable, et c'est l'idée qui change par mécanisme de substitution, tandis que l'état émotif reste inaltéré ». (F. PERRIER) (1).

Alors que pour P. JANET, syndromes obsessionnels et phobiques étaient réunis dans une entité clinique : la PSYCHASTHÉNIE, due à une baisse de tension psychologique.

Dans le syndrome obsessionnel, le caractère morbide est conscient dans l'esprit du malade. Un conflit anxiogène (inconscient) est *évit*é par la formation du symptôme, le mécanisme de formation étant le plus souvent *l'isolation*.

(1) F. PERRIER, *Phobies et Hystérie d'angoisse*, « La Psychanalyse », Mélanges cliniques, T. II, 1956.

Le psychisme est alors parasité par un fantasme qui l'éloigne provisoirement de son angoisse.

Rituels, gestes symboliques, compulsions, manœuvres conjuratoires, fantasmes, constituent les défenses de l'obsédé dans sa lutte permanente contre la représentation parasite et désagréable. H. Ey parle d'une « lutte contre des symboles de symboles ».

Selon la diversité de ces manœuvres d'évitement, on a pu distinguer :

— *l'obsession-fantasme*, où toute pensée s'exprime pour en masquer une autre (mentisme obsédant) ;

— *l'obsession-impulsion* où l'état obsédant impose l'exécution d'actes apparemment absurdes, parfois violents et anti-sociaux qui soulagent temporairement le malade dans sa lutte permanente et angoissante ;

— la « *pseudo-phobie obsessionnelle* », la phobie est alors « secondaire, symptomatique et épiphénoménale et n'attire pas l'attention sur ce qu'elle est, mais sur la névrose qu'elle évoque et sous-tend, et sur l'angoisse. En un sens, elle n'est qu'un abcès de fixation » (F. PERRIER) ⁽¹⁾ ;

— il est aussi *des névroses obsessionnelles* où l'ensemble est peu caractéristique : certaines s'accompagnant des manifestations physiques de l'angor ; d'autres sont caractérisées par un fond d'impressionnabilité, d'inquiétude, de sensation de vide psychique (JANET), d'asthénie surtout intellectuelle, de pessimisme, syndrome voisin de l'ancienne *psychasthénie* ; ces formes, sans symptômes compulsifs, sont celles où domine cette *personnalité obsessionnelle*, bien décrite par JANET à propos de la *psychasthénie* :

- intelligence souvent normale ou supérieure à la moyenne ;
- timidité morbide ;
- doutes, scrupules : insatisfaction dans l'action, hésitations multiples.

(1) F. PERRIER, *Phobies et hystérie d'angoisse*, p. 167, loc. cit.

Ces scrupules expliquent la préoccupation excessive du sujet pour sa propre personne (tendance à l'hypocondrie).

Le doute est à la base des caractères sadique-anaux : méticulosité, parcimonie, rigorisme, besoin de symétrie et de perfection ;

- hyperémotivité, source d'inquiétude vis-à-vis de tout traumatisme, « tendance à connaître une certaine forme d'anxiété sociale » (FENICHEL) ;
- aspect extérieur puéril ;
- sentiment d'infériorité (que le névrosé cherche à cacher par d'innombrables mécanismes, contrairement au mélancolique qui s'accuse) ;
- sentiment d'incapacité et d'incomplétude (JANET) dans l'action, la pensée et l'affectivité.

Selon FENICHEL, « il est possible que le caractère obsessionnel qui ne s'accompagne pas de symptômes représente une fixation plutôt qu'une régression ».

B) AUTRES SYNDROMES NÉVROTIQUES :

1. *Les dépressions mineures* comprenant les dépressions simples (dépression des « névrosés », des petits nerveux), les alcooliques, les dépressions réactionnelles.

a) *Dépressions simples* :

Tous les symptômes névrotiques peuvent être rencontrés, le plus souvent de faible intensité : l'anxiété n'est qu'une inquiétude, une crainte mal définie, l'asthénie est fréquente, les troubles du sommeil et les préoccupations hypocondriaques manquent rarement. C'est par exemple, ce malade un peu fatigué et inquiet, las de son travail et du bruit, qui rentre dans le service pour « se reposer ».

La personnalité est fragile, réalisant le « caractère névrotique » que DIATKINE et J. FAVREAU voient sous un angle dynamique : « ensemble des modes relationnels de l'individu avec ce qui l'entoure » ; le comportement dans les groupes est souvent un échec pour ces malades qui ne

s'adaptent pas dans leur foyer, leur profession, leur vie sociale.

La *fréquence* de ces cas de dépressions simples (21 dans notre étude) plus que leur aspect clinique tellement mineur, et l'absence de centres de soins réservés à ces « névrosés » justifient amplement l'intérêt que le psychiatre doit porter à ce problème urgent.

b) *L'état dépressif vécu chez l'alcoolique :*

Que l'alcool réalise une forme larvée d'auto-destruction (MENNINGER) ou qu'il représente une drogue pour alléger un état dépressif (RADO), il n'est qu'un symptôme ou bien une conduite névrotique chez les 8 malades considérés plus loin, dont la personnalité est indiscutablement névrotique.

La dépression elle-même n'a rien de bien typique du point de vue descriptif. C'est la *personnalité* de ces buveurs déprimés qui est le dénominateur commun de ce groupe : tous les mécanismes névrotiques peuvent se rencontrer au sein d'une telle personnalité faite de passivité, de suggestibilité, de faiblesse globale des fonctions du Moi et qui se concrétise par des situations perturbées :

- attachement excessif à la mère,
- célibat névrotique,
- anomalie du couple..., etc.

Mais nous nous proposons d'envisager ce problème de l'alcoolique déprimé en l'illustrant d'exemples concrets dans la 2^e partie de cette étude.

c) *Les états dépressifs réactionnels :*

— LE MAPPIAN les définissait par « la relation temporelle entre l'état dépressif et l'événement ou la situation causale ».

— Les situations peuvent être tristes, pénibles (deuil, abandon, échec), mais les réactions après des événements heureux ne sont pas exceptionnelles.

La thèse de GENTIS (Lyon, 1953, sur les états dépressifs de l'âge moyen chez la femme) envisageait comme fac-

teurs psychogènes, le deuil, l'abandon du conjoint, l'émancipation des enfants, les changements d'emploi, la retraite.

En fait, il paraît exister dans tous ces cas, une dépression *inapparente* jusque-là, *décompensée* (MALLET) par un facteur situationnel.

KIERKEGAARD a le premier mis en évidence cette notion de dépression *inapparente* (...« Car l'événement même qui le jette au désespoir manifeste aussitôt que toute sa vie passée était du désespoir »... « Qu'importe donc que le désespéré ignore son état, en désespère-t-il moins ?... »

FREUD (« Analyse terminée et Analyse interminable ») parlant du conflit instinctuel (pulsion) insiste sur la force de la pulsion et sur la relation entre la puissance de l'instinct et celle du Moi : « Si par la suite de maladie, de fatigue, etc..., la force du moi vient à fléchir, tous les instincts jusque-là heureusement réprimés font de nouveau valoir leurs exigences et tendent par des voies anormales, vers des satisfactions substitutives.

Cela peut expliquer le rôle étiologique de facteurs aussi peu spécifiques que le surmenage, les chocs nerveux, rôle qui a toujours été pris en considération, tandis que justement la psychanalyse s'est vue obligée de le repousser à l'arrière-plan... (1). »

La notion de prédisposition morbide est encore affirmée par J. ROUART (« Dépressions et problèmes de psychopathologie générale, Paris, 1955 ») :

« Des circonstances, minimales pour la plupart des gens et bien supportées par eux, précipitent, par l'écho qu'ils éveillent chez le candidat-malade vivant alors la répétition d'une intolérable expérience ancienne, l'éclosion de la névrose ou de la psychose. Il y a de ce fait régression, les étapes décisives originelles étant celles des trauma-

(1) C'est nous qui soulignons.

tismes et des fixations. Dans les bons moments le trouble est latent et joue le rôle d'une prédisposition. Son éclosion sera *psychiatriquement réactionnelle*. »

La structure de la relation d'objet qui sert de critère de base à l'étude psychanalytique des états dépressifs (NACHT et RACAMIER, *Revue française de psychanalyse*, 5, 1959) explique bien le mécanisme de la dépression après la perte d'objet qu'est le deuil, perte d'éléments extérieurs valorisants pour le Moi (« hypersensibilité à la frustration »).

C'est la même réaction dans *l'abandon* avec parfois en plus « des manifestations hystériquement exhibées dans le but de convaincre l'objet lui-même de rendre son amour et son estime ». (MALLET, *la Dépression névrotique, Evolution psychiatrique*, 1955, p. 492).

Par ailleurs, la description clinique est très variable : on peut opposer les dépressions légères à des dépressions très anciennes, proches parfois du syndrome mélancolique.

2. *Les dépressions névrotiques symptomatiques*. Il ne faut pas oublier que toute dépression névrotique clinique peut être la forme de début d'une psychose schizophrénique, d'un délire chronique (de structure paranoïaque le plus souvent), d'une psychose maniaco-dépressive (le 1^{er} accès mélancolique étant alors une forme mineure), d'une involution sénile. Elle peut être aussi la 1^{re} manifestation d'un processus organique (épilepsie, tumeur, intoxication, paralysie générale).

ETATS DEPRESSIFS DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

Souvent, nous n'avons pas pu classer certaines observations dans les deux grands cadres précédents des dépressions mélancoliques et des dépressions névrotiques.

— Tantôt l'histoire clinique était trop *pauvre* (symptomatologie mineure ou bien incompréhension dans le cas des états dépressifs chez *l'étranger*).

— Tantôt elle était trop *généreuse*, mêlant les symptômes mélancoliques ou névrotiques (cas limites).

— *Certains syndromes périodiques*, cliniquement loin du syndrome mélancolique, mais évoluant comme la mélancolie, appartiennent-ils à la psychose périodique ou bien à une autre psychose ?

— Certaines dépressions cliniquement atypiques se sont révélées *symptomatiques* plus tard. *

Tel est le plan de ce groupe, à vrai dire, très hétérogène, que nous essaierons de préciser dans la 2^e partie et dont nous ne brosserons ici qu'une rapide esquisse.

1°) Les dépressions de l'« étranger ».

Symptomatologie courte, minime, personnalité peu caractéristique, ignorance quasi totale des antécédents et de la situation, contact médecin-malade perturbé par incompréhension de langage, réactions psychologiques différentes, sont autant de difficultés pour essayer de classer ces états que nous avons rencontrés le plus souvent chez des Nord-Africains.

2°) Les cas limites.

Devant une crise de *mélancolie typique* — avec délire — le clinicien hésite rarement et pense à un état psychotique ; les cas d'états névrotiques aboutissant à un tel syndrome paraissant fort rares : J. MALLET (1) écrit à ce sujet :

(1) J. MALLET, « La dépression névrotique », symposium Paris, 1955.

« Sur ce point — l'inefficacité de l'électro-choc dans les dépressions névrotiques — j'espère que nous sommes tous d'accord. Je pense même que cela peut rendre compte de quelques échecs thérapeutiques dans des états qui ressemblent à s'y méprendre à la Mélancolie : je veux parler de cas (extrêmement rares il est vrai) de dépressions névrotiques comportant de l'auto-accusation ou même des tentatives de suicide que je qualifierai de « sérieuses » en ce sens qu'elles ne sont pas réductibles à de simples tentatives de chantage exercées sur un objet vivant. »

D'autre part, les cas très nets de *mélancolies réactionnelles*, « cadre d'attente » où peut « cliniquement se discuter une psychogénèse précise » (GUYOTAT), sont assez inhabituels (la crise mélancolique survenant le plus souvent sans facteurs déclenchants).

Mais devant une symptomatologie dépressive mineure — en l'absence de délire mélancolique exprimé — le même clinicien est parfois très embarrassé :

S'agit-il alors d'une forme mineure de mélancolie ou d'une dépression névrotique ?

a) Nous avons vu que pour pouvoir parler de *mélancolie mineure*, plusieurs grands critères de la maladie devaient être retrouvés, en particulier :

- antécédents héréditaires,
- brusquerie du début de l'accès,
- crise antérieure (généralement précoce) typiquement maniaque ou mélancolique,
- intégrité de la personnalité entre les accès,
- efficacité de l'électricité, échec de la psychothérapie.

b) Tandis que dans la *dépression névrotique*, on trouve habituellement :

- une absence d'antécédents héréditaires,
- un début insidieux,
- un état chronique sans notion de périodicité,

- une personnalité paraissant sous-tendre la dépression,
- une inefficacité de l'électricité, et succès de la psychothérapie.

Le problème peut devenir insoluble si certains caractères fondamentaux de l'un de ces cadres se mêlent à d'autres non moins classiques de l'autre cadre : par exemple, telle dépression mineure paraissant névrotique, dont le début est insidieux, mais l'évolution cyclique et que l'électricité va guérir.

Les nouvelles thérapeutiques ont d'ailleurs ajouté une difficulté en diminuant la valeur d'un des arguments cliniques fondamentaux : la *périodicité*. Les traitements appliqués aujourd'hui peuvent fort bien créer de « fausses cyclothymies » en tronquant l'évolution d'un processus chronique.

3°) Syndromes d'allure périodique.

Un syndrome anxieux atypique évoluant comme une mélancolie, appartient-il à la psychose maniaco-dépressive ou bien à une autre psychose : schizophrénie, délire chronique... ?

— Que pensera-t-on d'un état de confusion mentale avec anxiété qui vient bouleverser à l'âge moyen — sans cause toxique — un psychisme jusque-là intègre et qui s'estompe très rapidement, dans un cas avec traitement, dans un autre spontanément ?

S'agit-il d'une mélancolie confuse d'apparition tardive et de ce fait atypique ? D'une bouffée délirante polymorphe ? ou d'un authentique délire chronique dont l'évolution est tronquée par l'utilisation des nouvelles thérapeutiques, réalisant ainsi une sorte de cyclothymie artificielle ?

— Nous envisagerons aussi le cas d'un *syndrome schizophrénique* à rechute. Représentera-t-il un des types de ces « Schizophrénies aiguës » (H. EY, J. LABOUCARIE) ou bien une Psychose périodique authentique qui se manifeste par des accès de type schizophrénique au début et par des

crises maniaco-dépressives plus tard ? Et là encore, la thérapeutique n'a-t-elle pas transformé une schizophrénie chronique en syndromes aigus à rechute ?

4°) Etats dépressifs symptomatiques.

Nous avons vu que des cas typiques d'états dépressifs mélancoliques ou névrotiques étaient souvent symptomatiques.

Mais lorsqu'un état dépressif est cliniquement atypique, il faut être très prudent, car nous montrerons plus loin de nombreux exemples de dépressions témoignant d'un début d'involution sénile, d'un délire chronique (thèmes dépressifs d'une paranoïa sensitive), d'une comitialité ou d'une schizophrénie.

DEUXIEME PARTIE

CLASSIFICATION DE 190 ETATS DEPRESSIFS

Introduction

Nous rappelons qu'il s'agit des états dépressifs dans un service fermé d'hommes à l'hôpital St-Georges de Bourg (Ain), entrés du 15 août 1957 au 15 mars 1960 ou présents pendant ces 31 mois.

Nous avons donc éliminé de cette étude toutes les dépressions de malades sortis avant le 15 août 1957 ou hospitalisés après le 15 mars 1960.

Mais, bien entendu, nous avons tenu compte des séjours antérieurs au 15 août 1957, lorsque les malades ont été hospitalisés de nouveau pendant la période considérée ici.

Cette durée correspond à notre temps d'internat et nous avons connu personnellement la plupart des malades dont les observations sont consignées dans ce travail.

Sur 190 cas, nous avons retenu :

- 47 cas présentant à l'entrée un syndrome mélancolique vrai.
- 76 cas de syndromes cliniques névrotiques.
- 67 cas de dépressions atypiques.

SYNDROMES MELANCOLIQUES VRAIS

Sur 190 malades, 47 sont entrés dans le service avec les caractéristiques d'un syndrome cliniquement mélancolique ; soit 24,7 % (observations de 1 à 47).

Ce pourcentage relativement faible s'explique par notre souci de rester dans le cadre du syndrome mélancolique.

Sur 47 cas, 38 ont présenté, en plus de l'anxiété et de l'inhibition psycho-motrice, un délire d'auto-dépréciation typique, ou des idées d'indignité importantes, avec vif sentiment de culpabilité ; ou bien un état mixte.

Les 9 autres cas (observations 12 à 21), sans auto-accusation exprimée, trouvent leur place dans cet ensemble du fait d'antécédents et de l'évolution d'une psychose maniaque-dépressive antérieurement connue.

De ces 47 syndromes mélancoliques observés à l'entrée (formes cliniques typiques ou formes mineures) :

1°) 20 seulement peuvent être classés dans le cadre nosologique de la PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE (10,5 % du total des états dépressifs présentés).

a) Onze de ces malades (observations 1 à 11) ont présenté :

- Soit un syndrome mélancolique typique vrai (8 cas).
- Soit un état mixte (observations 6, 9, 10) où dans un même syndrome s'intriquent des éléments de la série maniaque (causticité, activité ludique) ; et de la série mélancolique (pleurs, inhibition, idées de suicide...).

Par ailleurs, ces tableaux cliniques s'inscrivaient dans une évolution périodique : de 3 à 21 accès antérieurs connus, soit de type maniaque, mélancolique ou mixte. On remarquera, à titre de curiosité, que le malade de l'observation 8, âgé de 48 ans, fit un premier accès de manie à 20 ans, suivi presque chaque année de 19 autres syndromes maniaques et présenta en 1959 une crise mélancolique pour la première fois.

b) Dans les 9 autres observations (12 à 20) la seule présentation clinique était insuffisante pour pouvoir affirmer une psychose périodique : il ne s'agissait à l'entrée que de dépressions mineures, sans délire exprimé :

Quelques préoccupations hypocondriaques, un peu d'asthénie, d'anxiété ou d'inhibition... Ces aspects cliniques représentant les formes monosymptomatiques ou symptomatiques mineures de la mélancolie (1^{re} partie, p. 16). Ces formes se joignent aux précédentes dans la même catégorie de la psychose périodique en raison de données complémentaires :

- antécédents héréditaires et collatéraux le plus souvent maniaco-dépressifs ;
- antécédents personnels : notion de *périodicité* ;
- début précoce de l'affection ;
- efficacité du traitement sismothérapique et dans certains cas chimiothérapique (nous reviendrons sur la valeur des arguments thérapeutiques dans la 3^e partie).

Pour ces 9 cas, nous avons relevé :

- une *périodicité* nette variant de 4 à 10 accès antérieurs maniaques ou mélancoliques typiques ;
- un *début précoce* : 1^{re} crise avant 30 ans, sauf chez 2 malades (observations 17 et 19, respectivement 40 et 47 ans) qu'il convient cependant de classer ici en raison d'une périodicité extrêmement nette et de la rémission rapide par les électro-chocs, à chaque séjour ;
- une *efficacité* du traitement électrique dans 8 cas sur 9.

Le résumé de l'observation 12 illustre bien ces formes mineures de mélancolie :

M. C... a 60 ans. Il entre dans le service en février 1960 dans l'état suivant :

Presque souriant, il se plaint de trop dormir, de ne pas bien digérer. Il est découragé et pense qu'il ne va pas pouvoir continuer son métier de cultivateur. Il se reproche un peu d'être ainsi et regrette sa « bêtise de 1944 » : l'auto-mutilation d'une main.

Le Dr NODET résume ainsi, en février 60, l'histoire de ce malade, dans le certificat de 24 heures :

« Psychose périodique évoluant depuis 1925. Etat dépressif avec anxiété et inhibition psycho-motrice mineure. Rechute évoluant depuis novembre 1959. Etat semblable en novembre 1958. 4 internements antérieurs. Etat maladif de 1925 à 1935. »

— dans les antécédents, on trouve un père mélancolique ; mais aucune précision sur l'internement d'une tante (paternelle) ;
— de 1925 à 1935, plusieurs dépressions, soignées de façon ambulatoire ;

— ensuite 5 séjours à l'hôpital St-Georges :

le 1^{er} en 1944, crise mélancolique typique avec tentative de suicide et auto-mutilation ;

le 2^e en 1952, crise mélancolique typique ;

le 3^e en 1953, *rechute légère avec préoccupations hypochondriques* ;

le 4^e en 1954, mélancolie typique.

C'est au 5^e séjour, la forme mineure de février 1960 décrite ci-dessus dont la forme mélancolique peut être affirmée en raison :

- des antécédents héréditaires (père mélancolique) ;
- des antécédents personnels : 3 crises ;
- âge du 1^{er} accès : 25 ans ;
- efficacité du traitement électrique, d'autre part.

Il faut donc penser à ces formes mineures de la mélancolie, et fouiller soigneusement les antécédents, faire préciser les histoires cliniques antérieures, avant de conclure à une dépression simple, de nature névrotique, par exemple. Cette distinction n'est pas toujours facile ; elle est pourtant essentielle quand on considère le traitement et le pronostic : une mélancolie même cliniquement pauvre étant aussi grave que l'accès le plus pur (évolution vers le suicide toujours possible).

Si nous revenons à l'ensemble des 20 cas de mélancolie vraie que nous avons isolés, on peut faire quelques remarques :

a) *âge du 1^{er} accès* :

Pour PASKING, l'apparition de la première crise est précoce : entre 25 et 30 ans le plus souvent. LANGE a recherché l'âge de début chez des maniaco-dépressifs

connus et trouvé que dans plus de la moitié des cas, le 1^{er} accès survient avant 30 ans.

Voulant conserver à cette courte étude un caractère schématique, nous nous méfierons beaucoup des formes tardives (après 30 ans) de la mélancolie (qui existent certes, mais peut-être plus rarement qu'on ne le croit en général) même si la description clinique est typique : il s'agit fréquemment de *mélancolies symptomatiques* dont nous montrerons plus loin quelques exemples.

Chez 6 malades cependant, nous n'avons pu relever d'accès maniaco-dépressif avant 30 ans, mais des antécédents héréditaires ou personnels très caractéristiques justifient leur place dans ce groupe.

Le *début* de la psychose périodique dans 20 cas, s'est situé en grande majorité avant 30 ans : 14 cas sur 20 (moyenne 25 ans).

Les 6 autres cas — tardifs — se sont situés à la quarantaine (moyenne 39 ans) : observations 5, 7, 9, 10, 17, 19 ; et jamais après 50 ans.

b) *Antécédents héréditaires ou collatéraux :*

Observation 1 :

- 3 internements du côté maternel,
- 1 oncle interné,
- 1 fils interné.

Observation 2 :

- 1 grand-père interné.

Observation 8 :

- 1 grand-oncle mélancolique suicidé.

Observation 9, mariage consanguin des parents :

- 2 frères suicidés,
- 2 autres frères internés,
- 1 sœur présentant des troubles mentaux.

Observation 11 :

- oncle maternel suicidé.

Observation 12 :

- père mélancolique,
- tante internée.

Observation 16 :

— père et frère internés.

Soit 7 fois sur 20 ces antécédents ont été mis en évidence.

c) *Suicide* :

Dans 5 cas, il y a eu *tentative* de suicide avant l'entrée : observations 1, 5, 11, 12, 13.

Aucun suicide *pendant* l'hospitalisation de ces 20 malades.

L'un d'eux (observation 20) s'est suicidé 3 mois après sa sortie.

2°) 13 observations de SYNDROMES MÉLANCOLIQUES TYPIQUES mais ISOLÉS.

a) Dans 6 cas, le 1^{er} accès est survenu *après 50 ans* (observations 21 à 26).

Il ne paraît pas possible d'affirmer là une mélancolie vraie qui commence le plus souvent avant 30 ans.

Des réserves sont donc nécessaires :

- s'agit-il de l'une des premières manifestations d'un délire chronique (type relation des sensitifs de KRETSCHMER) après une phase de maturation plus ou moins longue ?
- ne sommes-nous pas en présence d'une mélancolie d'involution qui commence ?
- une méconnaissance d'accès cyclothymiques antérieurs ou d'autres éléments, nous interdit-elle, chez certains malades, le cadre de la psychose maniaco-dépressive ?

b) Dans 7 cas, on a relevé *un seul accès mélancolique survenu avant 50 ans* (observations 27 à 33).

- A la quarantaine chez 5 de ces malades : l'involution exceptée, les mêmes questions se posent et les mêmes réserves de diagnostic et de pronostic s'imposent
- Les 2 autres observations (28 et 31) montrent un syndrome mélancolique isolé, d'apparition brusque chez 2 jeunes cultivateurs (28 et 33 ans). Des facteurs déclenchants ont été à l'origine de la dépression :

Pour le 1^{er} : suicide d'une nièce où cette femme jeune s'est noyée avec sa propre fille.

Pour le second, de lourdes difficultés financières.

Il est possible que ces 2 malades évoluent dans le sens d'une psychose périodique, mais l'absence de toute cyclothymie ou de tout autre antécédent ne permet pas aujourd'hui un tel diagnostic.

3°) 13 observations de MÉLANCOLIE SYMPTOMATIQUE.

a) D'involution sénile : 7 cas (observations 34 à 40).

Moyenne d'âge : 71 ans. Mais parler de sénilité seulement en fonction de l'âge est évidemment très insuffisant et nous n'avons retenu ici que des malades sans passé psychiatrique avant 65 ans d'une part, et dont l'état général somatique (surtout cardio-vasculaire) était très perturbé. D'autre part, chez 5 d'entre eux des symptômes caractéristiques de la démence sénile se précisaient bientôt :

— troubles mnésiques,

— affaiblissement intellectuel, bradypsychie, confusion...

Et sans aborder ici les problèmes de thérapeutique, il faut signaler l'importance du traitement de l'état général (dit traitement de la sénescence) qui permet une amélioration souvent durable.

b) D'un délire de persécution : 4 cas (observations 41 à 44).

Observation 41 : M. S. M...

Jeune homme de 21 ans, de structure névrotique obsessionnelle typique et intense, et qui a cristallisé 2 mois après, un authentique délire de persécution dont la rectification est apparue après une cure de sommeil.

Deux ans plus tard, les nouvelles de ce malade qui écrit régulièrement sont toujours satisfaisantes, mais le pronostic est toujours incertain.

Observations 42 et 43 ; elles sont superposables : primitivement, à propos d'un séjour en 1958 et 1959, nous les

avons classées dans le groupe des mélancolies *typiques mais isolées survenues après 50 ans*.

Mais début 1960, ces 2 malades sont revenus, présentant un syndrome délirant.

En résumé, dans l'observation 42, M. N. G... : on retrouve chez un homme de 62 ans, un 1^{er} accès de mélancolie à 54 ans ; suivi d'un autre en 1955 :

- en 1957 : état mixte,
- en 1959 : mélancolie typique,
- en 1960 : délire de persécution : « *ils se cachent, on veut me tuer, je n'ai pourtant rien fait* »

De même, M. N. C... (observation 43), dont la 1^{re} manifestation dépressive est *survenue à 55 ans*, est venu 2 fois dans le service en 1958 et en 1959 pour syndrome mélancolique. En 1960, nouveau séjour et tableau très différent :

« On a empoisonné mon puits avec du purin, ils venaient chez moi la nuit ; pourtant c'était tout fermé ».

L'évolution de ces 2 cas illustre et semble justifier les réserves de diagnostic indispensables concernant l'apparition d'un syndrome mélancolique à la cinquantaine. Tout plaidait en faveur d'une psychose maniaco-dépressive dans l'observation 42 : la périodicité (4 accès antérieurs), une intégrité psychique entre des crises typiques, et même l'efficacité de la sismothérapie. Seul l'âge de début ne cadrerait pas avec la psychose périodique classique.

Observation 44. M. M. N..., 69 ans.

Premier accès mélancolique à 43 ans.

Rechute en 1947 (57 ans). Mélancolique anxieux typique, amélioré par l'électricité. Sortie. Retour 6 mois plus tard : tableau mélancolique accompagné d'idées délirantes (« les rayons, la T. S. F. »). Un délire de structure paranoïaque avec idées d'influence va persister 9 ans et disparaître lors d'un ictus en 1956 (le malade a 66 ans), pour une mélancolie de retour des plus caractéristiques :

« Menez-moi au procureur... la prison... la mort... je suis un criminel... »

Et dès lors, presque chronique (persiste encore en 1960). Nous avons ici l'impression d'une forme atypique évolutive de mélancolie chronique avec « organisation d'un délire secondaire à la mélancolie » (Ey, étude N 22, T. III, p. 187), délire de persécution post-mélancolique. (LASÈGUE).

Le retour à la mélancolie (chronique) la plus pure soulève alors 2 hypothèses :

-- Libération du syndrome mélancolique primitif dont le délire de persécution a conservé — même sous-jacente — la marque de cette expérience mélancolique :

« Tous ces délires peuvent s'organiser en systèmes interprétatifs ou hallucinatoires ou en fantasmagories fantastiques comme dans certains délires de négation. Ils peuvent se constituer d'emblée ou se reconstituer au cours de crises mélancoliques successives ; ils peuvent aussi s'effacer ou se cristalliser, étalant pour ainsi dire la charge mélancolique primitive à travers le développement historique de la personnalité, de ses circonstances et de ses problèmes, variant les thèmes ou modifiant leur mode de projection. Mais ils portent, indélébiles, les traces des expériences mélancoliques fondamentales ». (H. Ey, Etude N° 22, T. III, p. 189).

— Ou bien mélancolie chronique démentielle, à la suite d'un accident vasculaire cérébral (immédiatement après l'ictus, le délire de persécution a disparu, faisant place au délire mélancolique).

c) *D'une schizophrénie* chez 2 malades qui présentaient à l'entrée un syndrome mélancolique typique.

— Pour l'un d'entre eux — 21 ans — (observation 46) le processus d'évolution schizophrénique s'affirmait rapidement après 15 jours d'hospitalisation : apragmatisme, indifférence, pensée floue et discordante, mis en évidence dès la disparition de l'anxiété et du délire d'auto-accusation.

— Quant au second — âgé de 28 ans — (observation 45) c'est seulement lors des 2^e et 3^e séjours que le syndrome schizophrénique s'est manifesté : bouffée hallucinatoire,

rières immotivés, autisme, prostration et fugues accompagnant un état dépressif. Mais le 1^{er} accès (1957) était une mélancolie typique. Nous ajoutons que ces 3 crises successives ont cédé en moins d'une semaine sous l'action de l'électricité et des neuroplégiques et que la personnalité du malade restait intacte entre les accès, lui permettant d'accomplir normalement sa profession.

Il faut bien reconnaître alors l'insuffisance de la seule clinique, l'insatisfaction devant des cadres nosographiques pourtant nécessaires :

— S'agit-il d'une de ces formes de transition entre la schizophrénie et la mélancolie (« formes marginales », thèse ROUART, 1935, *Psychose maniaco-dépressive et folies discordantes*), de ces schizophrénies aiguës (J. LABOUCARIE, *Evolution psychiatrique*, 1958, III) ?

— Mais cet aspect cyclique de schizophrénie n'est-il pas artificiel en raison du traitement qui apporte chaque fois une rémission ? Sans la thérapeutique, l'évolution ne serait-elle pas chronique ?

Il faut admettre que l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie contemporaine est en train de créer une difficulté clinique en tronquant souvent l'évolution des syndromes classiques. Cette difficulté clinique (qui dévalorise l'argument périodicité) embarrasse bien souvent le clinicien qui veut affirmer le diagnostic et le grave pronostic du cadre si polymorphe de la schizophrénie où nous trouvons en fait des malades extrêmement différents groupés autrefois surtout en raison du facteur *évolutif*, que les nouveaux traitements sont capables de modifier.

4°) UN CAS DIFFICILE A CLASSER termine cette revue des 47 syndromes mélancoliques.

M. R. B... (observation 47), 37 ans, employé des P. T. T. est interné à la suite d'une tentative de suicide :

— A l'entrée, syndrome complexe : état confuso-onirique avec teinte mélancolique (croyait pendant 24 heures avoir tué sa femme et ses enfants).

Petit appoint éthylique qui ne semble pas en cause. Il semble s'agir là « non pas d'une histoire alcoolique, mais d'une poussée

confuso-mélancolique à très larges composantes psychogénétiques » (Dr NODET).

— Par sa femme, on apprend :

- qu'un de ses frères a été interné (sans plus de précision);
- que son caractère est généralement très gai, mais avec des poussées de « cafard » ;
- qu'il supporte mal les difficultés.

Il est « gentil avec elle », mais volontiers jaloux lorsqu'il a bu. Tout le poids de la vie familiale, les soucis de la maison reposent sur elle, elle s'occupe de tout et lui ne compte que sur elle.

L'état dépressif est survenu après une légère sanction professionnelle.

— Au bout de 15 jours, l'accès aigu s'est apaisé : certificat du Dr NODET :

« Syndrome atypique avec état de panique dépressive l'ayant conduit à se suicider... Impressions diffuses mais nettes depuis 1 mois de se sentir persécuté et surveillé. Appoint alcoolique. Rémission actuelle et rectification. Caractère dans l'ensemble assez passif et dépendant de sa femme ».

Dans une lettre à la femme, le Dr NODET souligne « le côté petit garçon » qui est à l'origine d'une situation anormale et « l'essentiel est actuellement qu'il reprenne un rôle plus viril et plus fort auprès de vous et de ses enfants, et qu'il ne se laisse pas facilement traiter comme l'aîné de ses enfants ».

— Sortie fin 59 ; 1 mois 1/2 de séjour.

— Réintégration après 2 mois de convalescence :

Dr NODET certificat de 24 heures :

« Syndrome dépressif avec auto-accusation et idées de suicide. Pronostic réservé du fait d'un accident semblable il y a 3 mois, auquel étaient liées certaines impressions de persécution ».

Ce cas amène plusieurs réflexions :

a) En faveur d'une *psychose périodique* :

- des antécédents collatéraux (1 frère interné) ;
- une personnalité cyclothymique ;
- un ensemble clinique avec anxiété, confusion, auto-accusation et tentative de suicide, auquel s'ajoutaient cependant des éléments de persécution (« suivi par la police... des couteaux pour se défendre... ») exceptionnels au cours de la crise de mélancolie vraie.

b) Ces idées de persécution ajoutées au début relativement tardif de l'affection, 37 ans, empêchent d'affirmer ce diagnostic de psychose maniaco-dépressive.

c) D'autre part, l'étude de la personnalité de M. B... révèle un caractère névrotique :

- hypersensibilité aux frustrations : c'est une légère sanction qui a déclenché toute la crise ;
- vague sentiment de jalousie ;
- sentiment d'infériorité ;
- situation conjugale anormale : position de grand enfant en face d'une femme énergique et dominatrice ;
- alcoolisme d'appoint qui compense peut-être cette passivité.

Cette structure névrotique permet de soupçonner une très forte composante psychogénétique à la crise aiguë psychotique présentée.

Cependant 2 hypothèses restent valables :

— Un syndrome mélancolique dans le cadre d'une psychose périodique dont le début serait un peu tardif et la présentation clinique atypique (à cause des idées de persécution).

— Plus probable nous paraît être l'évolution vers le délire chronique de structure paranoïaque, hyposthénique, dont l'apparition est progressive, très lente (phase de maturation, de « supposition »), au sein d'une personnalité névrotique : caractère dit « sensitif » avec une hypersensibilité aux traumatismes :

« Il est très banal que l'observation journalière prenne en défaut ces quatre faits fondamentaux (1) inhérents à la constitution paranoïaque. Pour ne citer que les cas les plus typiques, rappelons que JANET note l'apparition d'une paranoïa rudimentaire chez des sujets présentant un syndrome d'obsession des scrupuleux. Tout chez ces malades rappelle la psychasthénie ; les modes d'invasion du délire, ses mécanismes psychologiques et surtout les prédispositions constitutionnelles : sentiment d'insuffisance de sa propre personne, besoin d'appui, abaissement de la tension psychologique, tous caractères qui nous mènent bien loin de la psycho-rigidité. GAUPP montre également le

(1) Hypertrophie, méfiance, pauvreté du jugement, inadaptation sociale.

développement d'un délire paranoïaque sur un terrain typiquement psychasthénique. KRETSCHMER, en isolant parmi les délires paranoïques son délire de relation des sensitifs, le rattache étroitement à un caractère particulier, le caractère sensitif. Les sujets de ce type montrent une extraordinaire impressionnabilité, une sensibilité extrêmement accessible et vulnérable. Ce sont des victimes prédestinées à toutes les duretés de la vie (KRETSCHMER). Ce caractère n'a rien d'un état inné ou fixe, « c'est une disposition acquise au cours de l'évolution et où jouent le plus grand rôle certains traumatismes affectifs déterminants ». (Dr NODET, « *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques* », thèse Paris, 1937, p. 120).

Enfin, cette observation appelle la même remarque au sujet des modifications dans l'évolution : l'argument forgé sur la notion de périodicité dans la psychose maniaque-dépressive (avec crises de mélancolie *curables spontanément* en quelques mois) est en train de perdre sa valeur du fait des traitements institués.

Ainsi, considérant notre dernier cas, il est très possible que l'évolution cyclique rencontrée ne soit que... thérapeutique ; la chlorpromazine en l'occurrence ayant fort bien pu faire céder rapidement un processus délirant qui s'installait progressivement.

Est-ce dire que la clinique ait perdu de son importance ? Pour les critères « périodicité-chronicité », « aigu-chronique », cela semble indéniable.

Mais, plus que jamais, l'articulation séméiologique rigoureuse et la fouille minutieuse de *tous les antécédents* restent fondamentales pour un pronostic et surtout le choix thérapeutique.

Et ce que la thérapeutique a pris d'un côté, elle le rend souvent de l'autre : valeur de l'argument sismothérapeutique dans la psychose périodique (thèse Dr J. GUYOTAT, Lyon, 1950), argument thérapeutique — encore très discutable certes — de quelques chimiothérapies. P. GUIRAUD (L'Avenir de la clinique psychiatrique, Evolution psychiatrique, 56, I) insiste sur la *nécessité de la clinique* qui comprend aujourd'hui :

— *La symptomatologie :*

« La symptomatologie psychiatrique est si subtile et si nuancée que celui qui n'est pas très familiarisé avec le malade risque de se laisser envahir par une assurance excessive et d'affirmer l'existence de faux symptômes en se fiant trop à ceux qui constituent les signes traditionnels de la maladie qu'il croit avoir devinée d'emblée » (p. 144).

— *La thérapeutique :*

« Comme les indications de ces divers traitements n'étaient pas encore bien précisées, certains psychiatres ont employé la thérapeutique progressive. A quoi servent les cadres nosographiques, se disaient-ils, à quoi sert même l'étude psychologique des malades ? Nous allons faire d'abord l'électrochoc réitéré. Si le malade ne guérit pas, nous passerons à la lobotomie, puis à la topectomie. Le médecin sera devenu, comme on l'a dit, un « presse-bouton » qui déclenche automatiquement une progression de moyens thérapeutiques. Contrairement à cette attitude simpliste, un des avantages de la thérapeutique intensive a été de rappeler d'abord au psychiatre qu'il n'est pas un psychopathe pur, mais en même temps un médecin. » (p. 146).

— *La psychologie clinique :*

« Elle seule peut nous donner les indications pour savoir si une lobotomie est vraiment utile, pour savoir ce qu'on peut espérer d'une insulinothérapie » (p. 146).

— *La psychanalyse :*

« La conclusion certaine est que les principes généraux de la psychanalyse ont été incorporés à la clinique par tous les psychiatres impartiaux » (p. 148).

— *La phénoménologie :*

« Devenir dynamique »,

— *L'organo-dynamisme,*

— *Les données biologiques.*

Tous ces moyens techniques ou théoriques utilisés pour une « exploration complète » du malade.

Ce n'est pas par hasard que nous terminons cette courte revue de la mélancolie par cette affirmation clinique (au sens large de GUIRAUD) : « La mélancolie n'a-t-elle pas été la première psychose à bénéficier de l'ancienne séméiologie, mais surtout de la thérapeutique et des données de la psychologie clinique ? »

N'est-ce pas la psychanalyse qui nous fait pénétrer au cœur même du drame mélancolique ?

Et l'œuvre patiente des généticiens et des biologistes ne connaît-elle pas aujourd'hui un développement considérable dans ce domaine où les recherches sont au premier plan ?

*
**

Nous ajoutons quelques constatations d'ensemble et sans possibilité d'interprétation, sur les 47 syndromes mélancoliques :

— Age de l'accès envisagé ici :

18 à 30 ans :	4 observations
31 à 40 ans :	6 —
41 à 50 ans :	8 —
51 à 60 ans :	10 —
plus de 60 ans :	19 —

— La profession :

25 cultivateurs sur 47 (51 %).
8 fonctionnaires,
14 professions diverses.

La forte proportion des cultivateurs s'explique par la population essentiellement rurale des départements de l'Ain et de la Saône-et-Loire et, d'autre part, le cultivateur — souvent à l'A. M. G. ou non assuré social — arrive à l'hôpital départemental à cause du prix de journée moins élevé que dans les cliniques privées.

— La situation familiale :

- 17 célibataires,
- 26 mariés (dont 4 mésententes conjugales évidentes),
- 3 veufs,
- 1 divorcé.

-- Les facteurs déclenchants :

Nets dans 11 cas dont 4 pour les 20 psychoses périodiques (observations 1, 6, 10, 13).

3 fois il s'agit d'une mélancolie de deuil :

- 2 fois mort d'une sœur,
- 1 fois décès de l'épouse.

— Alcool surajouté :

Certain dans 7 cas. Cette proportion est sûrement trop faible, une recherche systématique n'ayant pas été effectuée.

— Tentatives de suicide :

Avant l'entrée : 11 cas (observations 1, 5, 11, 12, 13, 21, 25, 27, 34, 45, 47).

Pendant l'hospitalisation : 1 cas (observation 21) non suivie de mort.

Après sortie : 1 cas (observation 20) suivie de mort.

En résumé, sur 47 syndromes mélancoliques :

- 20 rentrent dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive (10,5 % du total des 190 cas étudiés).
 - 11 d'entre eux avec délire d'auto-dépréciation.
 - 9 sous la forme de mélancolie mineure.
- 13 cas isolés dont l'évolution est incertaine.
- 13 cas de mélancolies symptomatiques :
 - 7 cas d'involution,
 - 4 cas de délire de persécution,
 - 2 cas de schizophrénie.
- 1 cas difficile, probablement symptomatique.

LES DEPRESSIONS NEVROTIQUES

Nous avons retenu 76 cas de dépressions névrotiques (40 % du total). Cette proportion importante peut paraître quelque peu excessive dans un hôpital fermé, sans service libre. Pourtant, il s'agit sûrement d'un chiffre inférieur à la réalité : nous avons éliminé de ce paragraphe tous les états dépressifs qui ne sont pas *typiquement* névrotiques et que nous trouverons dans le chapitre suivant.

Nous effleurons ici une des causes de surcharge des asiles. Nous verrons aussi pourquoi sont hospitalisés bon nombre de ces malades dont l'internement est certainement *abusif*.

Schématiquement, ce groupe de 76 états névrotiques se divise en :

- 1° 8 syndromes anxieux (du type hystérie d'angoisse) (obs. 48 à 55).
- 2° 12 syndromes hypocondriaques (obs. 56 à 67).
- 3° 7 névroses obsessionnelles (obs. 68 à 74).
- 4° 21 dépressions simples (« névrosés », « petits nerveux ») (obs. 75 à 95).
- 5° 8 états dépressifs avec alcoolisme (obs. 96 à 103).
- 6° 17 états dépressifs réactionnels (obs. 104 à 120).
- 7° 3 dépressions névrotiques probablement symptomatiques (obs. 121 à 123).

1°) 8 syndromes anxieux (type hystérie d'angoisse).

Si nous cherchons le lien commun de ces 8 dépressions, nous trouvons bien sûr *l'angoisse*, dont les manifestations sont brutales et récidivantes et qui s'accompagnent souvent de stigmates physiques neuro-sympathiques.

2 caractères sont aussi presque toujours retrouvés :

— *l'instabilité* :

Obs. 48 : fugues, engagement dans l'armée, vie errante.

Obs. 49 : instabilité professionnelle.

Obs. 50 : fugues.

Obs. 51 : instabilité professionnelle.

Obs. 53 : instabilité dans tous les domaines.

— *l'échec* :

— Dans la situation conjugale, sur 6 mariages :

Obs. 48 : divorce.

Obs. 50 : séparation.

Obs. 51 : échec conjugal.

Obs. 55 : échec conjugal.

— Dans la profession et la vie sociale :

Obs. 48 : apprend un nouveau métier à 40 ans.

Obs. 49 : changement de métier 6 fois en 3 ans.

Obs. 50 : petit manœuvre.

Obs. 51 : ouvrier très médiocre.

Obs. 53 : échec social et professionnel.

L'angoisse de ces malades est-elle secondaire à ces manifestations d'instabilité et d'échec ?

Et l'instabilité est-elle la responsable directe de l'échec ?

Il semble que c'est *l'échec*, une véritable soif masochiste d'échec qui s'impose et torture la personnalité si fragile de ces malades : lourd sentiment d'infériorité, inhibition profonde, passivité.

Dès lors, l'instabilité, dont l'échec paraissait le reflet, semble n'être qu'une conséquence, une nécessité dans la structure de ces anxieux dont l'anxiété exprimée n'est encore que le symptôme d'une angoisse beaucoup plus profonde et plus archaïque.

Au point de vue structural, la régression est profonde.

Il s'agit dans l'ensemble de névroses graves, rebelles, avec risque suicidaire — le suicide représentant l'échec maximum — ; 3 tentatives véritables (obs. 48, 49, 50) sans évolution mortelle qui justifient et souvent imposent l'hospitalisation de ces malades.

2°) 12 syndromes hypocondriaques (obs. 56 à 67).

a) 6 cas d'hypocondrie « constitutionnelle » proches cliniquement de l'ancienne neurasthénie (obs. 57, 60, 61, 63, 64, 67).

On a rencontré ici dans tous les cas une personnalité névrotique faite de passivité, d'inertie, de sentiment d'infériorité, dont la seule ténacité — souvent acharnée — s'applique à découvrir chaque jour de nouveaux maux dans un « soma » sans cesse inspecté et suspecté.

Dans ces cas, l'état dépressif s'est dissipé assez rapidement : malgré sa fatigue, son anxiété, sa tristesse, ses troubles digestifs, ce type de malade s'est intégré à la vie hospitalière et semble avoir surtout bénéficié de l'aspect changement de milieu et vie en collectivité.

C'est dans cette perspective que l'hospitalisation, nécessairement courte (quelques semaines) peut être bénéfique, bien que ces malades ne soient pas — en fait — des aliénés au sens de la loi de 1838.

b) 1 cas d'*hypocondrie* très grave à structure obsessionnelle dominante (obs. 59).

Les troubles évoluent depuis 4 ans :

— aboulie, peur obsessionnelle de l'avenir, impuissance sexuelle depuis 2 ans ; et sont tellement intenses que ce malade de 42 ans a même subi une *lobotomie* 1 an avant son entrée dans le service.

La personnalité est surtout obsessionnelle avec sentiment de déshonneur et d'impuissance.

c) 1 cas d'*hypocondrie* à structure *hystérique* prédominante (obs. 66) :

— Symptômes théâtralement exhibés.

— Démarche difficile, d'origine névropathique.

— Ancien tuberculeux, déçu de la négativité des examens bacillaires ; il nous lance un jour un symptôme en truquant sa température. Simulation ne veut rien dire ici (ou bien quel hypocondriaque ne simule-t-il pas ?) : Derrière la tricherie apparente, se cache un appel pressant et angoissant pour soulager une souffrance profonde, réelle, dont *lui* est sûr.

Peut-être a-t-il eu l'impression que les vagues maux imprécis, diffus ne seraient pas pris en considération, et qu'on allait le considérer un peu comme un faux malade ?

Et la fièvre chez cet ancien tuberculeux n'est-elle pas enfin le triomphe du faux argument dans le plaidoyer d'une juste cause ?

d) 1 cas d'hypocondrie paranoïaque (obs. 65) :

- comportement très revendicateur et tyrannique.
- 2 interventions chirurgicales (1956 : gastrectomie, 1957 : hernie diaphragmatique) « mal faites ».

De 1956 à 1958, multiples séjours hospitaliers — très brefs — part toujours de lui-même sur décharge : on se moque de lui, on ne le soigne pas, il faudrait des radios, des rayons...

Il arrive alors dans le service et veut repartir le soir même (à cause du régime alimentaire). Très anxieux, se plaint de céphalées et de troubles digestifs.

A propos de ce type d'hypocondrie, H. Ey insiste sur les troubles digestifs : « L'hypocondrie viscéro-abdominale, les cénestopathies gastro-intestinales, les désordres fonctionnels de la digestion et surtout de l'alimentation et de la défécation qui occupent le premier plan, on peut même dire le centre du tableau clinique ». (Etude N° 17, T. II, p. 459).

e) 3 cas de concentration hypocondriaque très profonde, à la limite du délire (obs. 56, 58, 62).

Obs. 56 : syndrome anxieux lié à une impuissance, état chronique depuis 3 ans (chez un Nord-Africain de 47 ans).

Obs. 58 : « Sensibilité hyperesthésique aux bruits avec préoccupations hypocondriaques. Interprétation péjorative des intentions des auteurs de bruit. Conviction à la limite du délire, sous une forme rappelant la paranoïa sensitive ». (Dr NODET). Inertie chronique depuis 4 ans chez cet homme de 65 ans.

Obs. 62 : Thème : maladie du sang.

Sortie après 10 mois d'hospitalisation.

Célibataire de 44 ans.

Dans les 3 cas, personnalité névrotique capable de cristalliser un délire hyposthénique.

Au total, sur ce groupe de 12 malades hypocondriaques, on remarque :

- à des degrés différents des troubles très stables et très tenaces ;
- des malades extrêmement difficiles ; *peut-être* parce que leur névrose est une des plus graves, à la limite de la psychose :

« Que l'évolution d'une psychose passe par le stade d'une hypocondrie, fragile et peu structurée comme telle, nous le constatons bien souvent. Nous y voyons, pour notre part, une dernière défense avant l'effondrement psychotique, défense qui est rapidement un échec. Or, l'hypocondrie structurée comme telle, est justement la mauvaise mais seule solution qui reste à certains sujets qui ne sont pas faits pour être fous... Et ce qui caractérise justement cette hypocondrie, c'est sa stabilité ». (F. PERRIER, *Psychanalyse de l'hypocondriaque ; Evolution psychiatrique*, III, 59).

- Peu d'idées de suicide exprimées, aucune tentative vraie (un seul simulacre avec XXX gouttes de Cédilanide) (obs. 57).
- Faut-il retenir l'intense désir de chirurgie dans 3 de ces cas (obs. 56, 60, 65) comme une forme détournée d'auto-mutilation ?

Il paraît bien difficile de répondre à cette question.

3°) 7 névroses obsessionnelles (obs. 68 à 74).

Tout d'abord, leur place dans une étude sur les états dépressifs n'est-elle pas usurpée ? En effet, par son syndrome *d'évitement*, l'obsédé cherche à masquer sa dépression et si les rituels, fantasmes ou autres manœuvres conjuratoires sont faits pour éviter l'angoisse profonde structurale, il n'en est pas moins vrai que l'obsédé ne prend pas toujours cet aspect dépressif que nous voulons étudier.

Ici, dans un cas seulement (obs. 74), l'état dépressif était très peu apparent, et l'hospitalisation justifiée par des réactions agressives.

Mais chez les 6 autres malades, les symptômes obsessionnels n'empêchaient pas un état de dépression exprimé cliniquement.

Ainsi, nous avons remarqué :

	Symptôme obsessionnel	Aspect dépressif clinique
OBSERVATION 68	— Représentations fantasmatiques macabres, peur de la mort.	— Anxiété, asthénie. — Inhibition.
OBSERVATION 69	— Obsession du suicide, — Agoraphobie.	— Troubles hypochondriaques. — Asthénie. — Anxiété. — Tentative de suicide.
OBSERVATION 70	— Besoin de toucher et de faire toucher une multitude d'objets. — Scrupules.	— Troubles hypochondriaques. — Insomnie. — Anxiété. — Idées de suicide.
OBSERVATION 71	— Bâillement. — Obsession d'impuissance, de la folie, du crime.	— Anxiété intense. — Céphalées. — Insomnie. — Idées de suicide.
OBSERVATION 72	— Scrupules. — Obsession de la folie. — Agoraphobie.	— Anxiété. — Troubles digestifs — Asthénie. — Inhibition.
OBSERVATION 73	— Rituels et actes compulsifs multiples.	— Anxiété. — Inhibition. — Hypochondrie.

Dans tous ces cas, la personnalité obsessionnelle a été mise en évidence.

Ces 7 syndromes obsessionnels sont particulièrement graves.

Quelques traits d'ensemble :

- 5 d'évolution ancienne (obs. 68, 69, 70, 71, 73).
- 3 de ces malades ont un comportement social très perturbé : participation tyrannique aux manœuvres conjuratoires ; fétichisme sur les enfants, impulsions variées (obs. 70, 73, 74).
- 4 ont eu des idées de suicide à caractère obsédant ; 1 tentative (réelle) non suivie de mort.
- Les professions :
 - employé de bureau,
 - dessinateur industriel,
 - fraiseur,
 - jardinier,
 - marbrier,
 - cultivateur,
 - manœuvre.

Dans 6 cas la situation matérielle était très précaire.

— Moyenne d'âge : 39 ans.

— Possibilité d'évolution vers un délire chronique chez l'un d'entre eux — obs. 72 — : à la structure obsessionnelle et au syndrome agoraphobique s'ajoute une forte impression de malveillance de la part de l'entourage.

Souvent, c'est l'état dépressif qui a été directement à l'origine de l'hospitalisation de ces malades qui — classiquement au moins — ne sont pas justiciables d'un internement dans un service psychiatrique fermé.

Il est juste de remarquer aussi qu'il n'existe pas de maisons de santé spécialisées dans le traitement des névroses dans nos deux départements (qui ne sont pas les seuls dépourvus), maisons destinées à des malades peu ou moyennement fortunés qui ne peuvent entreprendre une psychothérapie près de leur domicile.

4°) Les 21 dépressions simples (« petits nerveux », « névrosés » (obs. 75 à 95).

Il s'agit ici d'un syndrome dépressif mineur chez des malades à la personnalité fragile et surtout au *caractère névrotique* (qui en est le développement).

Il est intéressant de considérer ce caractère névrotique sous un angle non seulement topique ou psychologique, mais dynamique : dynamisme propre à l'individu, « fonction de la force de l'instinct par rapport à la force du moi » (FREUD : « analyse terminée et analyse interminable ») et comportement dans les groupes. R. DIATKINE et J. FAVREAU (Revue française de psychanalyse, 1-2-56) étudient les aspects du caractère névrotique en le considérant comme « l'ensemble des modes relationnels de l'individu avec ce qui l'entoure dans la perspective qui donne à chaque personnage son originalité ».

Dans ce groupe, nous retrouvons dans tous les cas :

- a) une situation *traumatisante* (supportée habituellement sans dommage par la majorité des personnes dites normales) ; telle la profession, la famille, la vie moderne..., un deuil lointain ;
- b) une *sédation* rapide et spontanée de l'état dépressif sans traitement véritable (ni chimiothérapie, ni psychothérapie organisée) dans le cadre d'un nouveau milieu.

Le caractère névrotique de ces malades semble être une défense insuffisante dans certaines circonstances et le symptôme dépressif apparaît :

- grand découragement devant des difficultés souvent secondaires,
- crises de larmes,
- une asthénie physique et psychique,
 - de l'inquiétude,
- une attitude puérile avec grand besoin d'affection et de soutien,
- de l'insomnie,
 - de vagues préoccupations hypocondriaques (céphalées, troubles digestifs, palpitations...).

L'observation 84 illustre bien ce type de malade :

M. E. C..., 46 ans, ouvrier agricole, célibataire, arrive dans le service à la fin de 1959.

A l'entrée : céphalées, striction thoracique, troubles hypocondriaques, asthénie, insomnie, instabilité, troubles de la mémoire.

Personnalité timide, sentiment d'incomplétude, fond de pessimisme. Dans les antécédents, placement en *nourrice*, sa mère refusant de s'occuper de lui. Il a fait sa connaissance à l'âge de 35 ans.

« Syndrome dépressif de structure névrotique. C'est le type de malade qui a besoin d'un séjour en milieu psychiatrique, mais qui n'est pas un malade aliéné à interner. Du fait du bénéfice qu'il pourra en retirer — pendant un séjour de quelques semaines — j'admets que son placement est justifié ». (Dr NODET, certificat 24 h).

Sortie 3 semaines plus tard, guérison sans traitement particulier.

— La durée moyenne de l'hospitalisation de ces 21 malades a été courte : 6 semaines.

— Pourtant, malgré ce court séjour, ces malades (11 % du total des dépressions hospitalisées pendant une période de 31 mois) posent un problème difficile :

- 1° Sur le plan des *locaux* d'un service *surchargé* (850 malades pour 600 places) pour des aliénés, au sens de la loi de 1838. Ces malades sont donc un facteur de surcharge de ces « asiles » pas faits pour les recevoir.
- 2° Sur le plan *médical* : les moins malades, ils demandent pourtant le plus de temps. Il est certain que tous ces « nerveux » ont besoin d'un soutien psychiatrique ou d'une véritable psychothérapie. Combien de temps peut leur offrir l'unique médecin — même psychanalyste — responsable de 440 malades ? Et quand il entreprend une psychothérapie — même courte — n'est-ce pas au détriment des autres malades ?

Cette forte proportion de « non aliénés » est bien au-dessous de la demande réelle : du fait de l'absence de service libre à St-Georges, l'internement fait reculer certains médecins et bon nombre de malades. Et la création d'un service libre — loin de résoudre le problème — le compliquerait par une nouvelle surcharge :

« Mais l'absence de service libre pour nerveux non aliénés, l'absence de « maison de santé » pour l'ouvrier, l'employé, le cultivateur, l'économiquement faible, se fait cruellement sentir. Il est cependant impensable d'envisager leur création sans médecin supplémentaire et séparé. Un même psychiatre peut parfaitement assurer — et c'est même souhaitable pour l'exercice total de sa compétence — un service fermé (hôpital psychiatrique) et un service libre. Mais le nombre global de ces malades doit être à la mesure de ses forces. Rappelons que dans les « Maisons de santé » pour gens fortunés, on trouve au minimum un psychiatre pour 30 à 40 malades ». (Dr NODET, Rapport annuel de 1959 au Préfet de l'Ain).

Dans le cas particulier des 21 « petits nerveux » de ce groupe, l'internement ne devrait pas être « pensable ». Tous ces malades seraient justiciables de l'orientation nouvelle vers une psychiatrie de *secteur*. (« *Note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale* » ; MM. BONNAFÉ, DAUMEZON, EY, HAMON, JACQUELIN, LAUZIER, MIGNOT, RÉGIS, SIVADON, *Information psychiatrique*, N° 2, 1960). « *De la doctrine post-esquirolienne* » (L. BONNAFÉ, *Information psychiatrique*, avril et mai 1960).

Quelques brèves constatations sur cette catégorie de névrosés :

— Facteurs déclenchants :

imprécis, souvent minimes (appendicectomie, difficultés professionnelles).

Dans 2 cas cependant, après deuil.

— Ethylisme :

2 cas sur 21. Encore ne s'agit-il que d'un éthylisme d'appoint. Et dans 9 cas, on remarque une « pseudo-phobie » de l'alcool.

— Moyenne d'âge :

41 ans. 5 malades seulement ont plus de 50 ans.

— Situation :

— 10 célibataires,

— 10 mariés,

— 1 veuf.

Sur 10 couples :

- 3 mésententes sévères (séparation envisagée),
- 1 mésentente récente,
- 1 divorce.

Sur 8 célibats : 3 paraissent nettement névrotiques (sexualité pauvre, attachement à la mère ou à des femmes plus âgées).

5°) 8 états dépressifs avec alcoolisme (obs. 96 à 103).

Restant dans une étude clinique (même au sens large) des états dépressifs, nous n'envisagerons pas le problème de l'alcoolisme.

C'est pourquoi parmi les nombreuses « explications » étiologiques de l'alcoolisme, nous n'essaierons pas de confronter par exemple l'hypothèse d'un alcoolisme vu sous l'angle « d'une psychiatisation » de l'homme et de la société (« Alcoolisme psychiatrique » de REQUET ⁽¹⁾ (thèse de NACHIN) ⁽²⁾ et l'hypothèse d'un alcoolisme *individuel*, véritable maladie de la personnalité, « perte de la liberté de s'abstenir d'alcool » (FOUQUET).

Là, certains parlent d'*oralité*, d'autres y voient une signification *auto-destructrice*. Pour RADO, l'alcool joue le rôle d'une drogue absorbée dans le but d'*alléger un état dépressif* (souvent inapparent).

Cette interprétation — que notre incompetence en la matière n'étendra pas à l'alcoolisme — est fort satisfaisante si l'on considère les 8 cas de ce paragraphe où nous trouvons l'alcool accompagné d'un état dépressif *apparent* à la symptomatologie très polymorphe :

Anxiété, asthénie, insomnie ; quelques préoccupations hypocondriaques, découragement.

C'est la *personnalité* de ces malades qui est frappante par sa *fragilité* (hypersensibilité aux traumatismes, réactions « absolues » de l'enfant : colère pour vouloir tout,

(1) A. RÉQUET, *La Psychiatisation de l'alcoolisme* ; Lyon Médical, déc. 1955.

(2) Cl. NACHIN, *Investigations préliminaires à une étude scientifique de l'alcoolisme psychiatrique* ; thèse Lyon 1957.

abattement pour ne savoir rien obtenir), sa *passivité*, sa sensiblerie féminine.

C'est aussi la *situation* de ces malades. Pas tant situation professionnelle — généralement satisfaisante (ici 2 échecs sur 8 (obs. 97, 100) — que situation conjugale : 7 échecs sur 7 couples, le 8^e, célibataire de 39 ans, a rompu une liaison ancienne).

La personnalité de *l'épouse*, énergique, autoritaire, virile, écrase celle du mari :

Le Dr NODET (dans un article à paraître) décrit ainsi la situation de ce couple :

« Bien des choses s'éclairent quand on voit quel troupeau benoît et passif représente en général un groupe d'alcooliques internés en cours de désintoxication, et devant quelle situation sexuelle et conjugale la plupart ont essayé de fuir, avec autant d'inconscience que de maladresse. L'immense majorité de leurs épouses sont actives, agressives, frigides, souvent même puissamment vertueuses. Il est difficile d'aborder sur ce plan des femmes qui ont gravement souffert des débordements toxiques de leur mari ; et il est presque impossible de leur montrer que si la carence du mari les a contraintes de prendre la direction du foyer, cette contrainte correspondait à un secret désir de leurs instincts. Tout paraît se passer comme si leur propre sécurité exigeait un mari-enfant, mais enfant complaisant. « Il est si gentil quand il ne boit pas ». L'enfant, exaspéré d'être tenu en lisières et de ne pas savoir faire l'homme, cherche l'oubli et la violence dans l'alcool.

« Ce couple caricatural ne doit pas faire oublier tous les équivalents mineurs dont la souffrance est moins spectaculaire, mais qui montre la fragilité de cette complémentarité conjugale quand c'est le mari qui a une affectivité faible et l'épouse qui a virilisé son domaine féminin. La sagesse populaire dit que la femme, alors, porte les culottes. L'expérience analytique refuse l'euphémisme et la métonymie, préfère le symbole et affirme que la femme a pris et porte le phallus, avec toutes les enjolivures dont

elle peut le parer et toute l'irritation secrète contre qui pourrait lui contester ce butin ». (Ch. H. NODET : *Sexualité et situation*. Etude psychanalytique, à paraître dans la Revue Esprit).

Cette situation « boîteuse » est celle que nous avons rencontrée dans les 8 cas envisagés ici.

L'alcoolisme n'est donc ici qu'une conduite névrotique (*ne l'est-il pas très souvent ailleurs, même sans dépression ?*) que FOUQUET appelle « alcoolose » : « un individu présentant une organisation névrotique décelable... peut être conduit, sous certaines conditions, à un usage pathologique de l'alcool pour tenter de compenser ses manifestations névrotiques »... (Evolution psychiatrique, 59, II, p. 245).

Voici quelques traits essentiels tirés de 2 observations caractéristiques :

OBSERVATION 96. — M. T.M..., 54 ans, marié.

Employé de scierie, bon ouvrier.

Hospitalisé en 1933 pour dépression névrotique.

Hospitalisé en 1960 pour alcoolisme.

Climat conjugal difficile : femme à la personnalité écrasante, instruite, énergique.

Oubli complet de sa vie familiale à laquelle il préfère son métier et les sports.

OBSERVATION 101. — M. S.F..., 60 ans, marié, cultivateur.

Certificat 24 h, Dr NODET : « Syndrome dépressif lié à des difficultés familiales. Appoint alcoolique.

Au sujet du couple : « Deux éléments entrent en ligne de compte :

1° Peut-être un certain élément constitutionnel qui le rend plus sensible à passer de l'excitation à la dépression.

2° Mais surtout un élément primordial : sa situation conjugale qu'il faut voir sur le plan psychologique :

— Epouse nerveuse et autoritaire qui le persécute inconsciemment par les multiples troubles qui lui font — sans résultat — dépenser beaucoup d'argent à courir les médecins.

— Lui-même : caractère tendre, affectueux, « féminin » comme sa femme est « viril ».

Pratiquement : *mésentente profonde*. Il a reporté, par compensation toute la tendresse inemployée sur sa fille. D'où extrême sensibilité à tout ce qui la touche...

Le problème à régler est de rétablir une meilleure entente dans le ménage. C'est un problème difficile, plus psychologique que moral.

C'est entendu : sa femme a eu un mal de Pott. Mais il faut qu'elle accepte cette infirmité que sont les douleurs qui restent et qu'elle remette un peu de tendresse dans son foyer ». (Lettre du Dr NODER au moment de la sortie.)

Enfin, si l'aspect clinique dépressif rencontré est dans nos 8 cas de type névrotique avec séméiologie très variable, peu intense dans l'ensemble, l'évolution peut être grave :

Dans 2 cas, il y a eu *tentative de suicide* (obs. 101 et 103).

6°) **Les états dépressifs réactionnels** (obs. 104 à 120).

Cliniquement très polymorphes, d'évolution capricieuse, la seule constante est à l'origine un événement ou une situation traumatisants qui changent tout l'avenir d'un individu.

Nous avons vu dans la 1^{re} partie que c'est KIERKEGAARD le premier qui mit en évidence la notion de dépression inapparente, que FREUD « repoussait à l'arrière-plan » des « facteurs aussi peu spécifiques que le surmenage et les chocs nerveux » ; que MALLET et ROUART insistaient encore en 1955 sur cette notion de dépression latente, décompensée par l'événement ou la situation responsables.

Est-ce à dire que dans tous les cas la personnalité de ces malades est très fragile ? Pour certains, c'est probable ; ainsi pensent M^{me} VIDAL et G. VIDAL, qui écrivent sur les « états dépressifs après deuil », en considérant les états dépressifs « simples » : « Il paraît s'agir de personnalités généralement *pauvres*, sinon *débiles*, empreintes de la psycho-rigidité des petits paranoïaques. Le choc douloureux a cristallisé un certain idéal du Moi, une certaine complaisance un peu médiocre pour un pathétique qui les valorise, et ils demeurent figés dans leur douleur, statufiés pour eux-mêmes, sinon pour leur entourage. Ils sont proches de tous ceux auxquels des événements hors-

série, tel la guerre, servent d'alibis ou de garant de leur valeur pour le reste de leur vie. » (M^{me} B. VIDAL et G. VIDAL : « *Les états dépressifs après deuil* ». Annales médico-psychologiques, 1960, N° 4, p. 703).

Pour d'autres, on a l'impression que certaines situations traumatisantes prolongées, que des chocs affectifs sévères et répétés (deuils successifs par exemple) peuvent venir bouleverser l'équilibre psychique d'un individu à la personnalité « moyenne », comme si la situation avait dépassé un certain « seuil » pour un moi non préparé à une situation inhabituelle.

Parmi ces 17 cas d'états dépressifs réactionnels, nous trouvons :

- 9 cas après un événement localisé dans le temps :
(8 après une perte d'objet : 5 deuils, 3 abandons,
1 après une catastrophe).
- 8 cas du fait d'une situation difficile :
(2 cas : mésentente conjugale,
1 cas : cause somatique,
5 cas chez des Algériens internés dans un camp
d'assignation).

A) *Etats réactionnels à une perte d'objet.*

Nous savons que ce n'est pas tant la perte d'objet que la perte de l'image que le déprimé se fait de cet objet qui est en cause dans son état de « décompensation ».

C'est pourquoi nous groupons ici réaction au deuil ou à la séparation :

- 5 après deuil (obs. 104 à 108).
- 2 après séparation conjugale (obs. 109 et 110).
- 1 après le départ de ses enfants (obs. 111).

— *La symptomatologie* est très polymorphe : insomnie, asthénie, anxiété, inhibition psycho-motrice, pessimisme, découragement ont été observés dans les 8 cas. Ces symptômes n'ont rien de caractéristique : Ils peuvent être rencontrés dans le travail normal du deuil qui est un phénomène habituel, une crise qu'il faut « dénouer dans le

temps et par le temps », selon 2 étapes : « identification au mort, puis relâchement progressif des liens » (VIDAL).

Nous n'avons jamais rencontré d'auto-accusation, parfois des remords (obs. 108) ou seulement des scrupules (obs. 107).

La *personnalité* de ces malades aurait nécessité parfois un examen approfondi ; néanmoins, dans 4 cas (obs. 104, 106, 107, 110), on a constaté une fragilité évidente. Dans 3 cas, on peut soupçonner cette fragilité sans pouvoir l'affirmer (obs. 108, 109, 111).

Enfin, chez M. N. C... (obs. 105), rien ne fait penser à une telle fragilité : retraité S.N.C.F. de 63 ans, en bon état général, qui est hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide. Inhibé, anxieux, il se plaint d'insomnie, d'anorexie, de céphalées, et nous conte — en pleurant — son histoire :

Très heureux jusque-là, ses malheurs commencent avec la perte de son fils unique qui meurt d'un cancer gastrique à 36 ans. 2 ans plus tard, décès de sa femme ; il vit alors seul, reportant toute son affection sur un neveu de 21 ans lui-même tué en Algérie en 1959. Et c'est 4 jours après l'enterrement de ce dernier que M. N. C... tente de se suicider.

On a l'impression ici que la succession de tels éléments traumatisants laissant le malade absolument seul, sans famille et sans métier, a dépassé en quelque sorte le seuil habituel au-delà duquel une personnalité moyenne ne peut réagir.

- La moyenne d'âge de ces 8 malades est de 47 ans $\frac{1}{2}$; le plus jeune a 30 ans.
- La durée du séjour à l'hôpital : 2 mois en moyenne.
- Dans 3 cas sur 8, tentative de suicide avant l'entrée dans le service (obs. 104, 105, 109).

C'est pourquoi ces états doivent toujours être considérés comme sérieux, même si la séméiologie, à prime abord, paraît mineure.

B) 1 cas réactionnel à une catastrophe minière (obs. 112).

Etat anxieux avec inhibition psycho-motrice et cauchemars chez un Polonais de 40 ans, mineur de fond, à la suite suite d'un accident de mine auquel il n'a pas assisté.

C) 8 cas situationnels.

a) 2 cas de situation familiale difficile (obs. 113 et 114), 52 et 41 ans. Mésentente conjugale, particulièrement grave chez M. L. B... (obs. 113) dont les enfants sont malades et la ferme à l'abandon. Un fort appoint éthylique est rencontré chez ces 2 malades, éthylisme qui ne parvient pas à masquer la dépression.

b) 1 cas chez un homme de 61 ans (obs. 115) porteur d'un anus iliaque. 10 mois après l'intervention la situation reste « intolérable ».

A noter un accès dépressif similaire 5 ans auparavant à la suite du décès de sa femme.

Ce cas montre combien notre discussion entre dépression réactionnelle (à partir d'un facteur isolé dans le temps) et situationnelle (état permanent ou de longue durée) est artificielle : une cause isolée dans le temps — un deuil par exemple — aboutissant à une situation : l'individu dans la *situation perte de l'objet*. Ainsi la dernière observation montre un même état, une première fois réactionnelle (deuil), une deuxième fois situationnelle (l'infirmité iliaque).

c) 5 cas chez des Nord-Africains du camp d'assignation à résidence surveillée de THOL (obs. 116 à 120).

La situation de ces malades est extrêmement traumatisante. Si les conditions matérielles de la vie dans ce camp sont dans l'ensemble satisfaisantes (opinion des intéressés ; contact avec un médecin du camp), il convient de souligner la grande souffrance morale qui règne du fait de cet état de choses.

— Bon nombre de ces assignés ne sont que des « suspects » contre qui aucune preuve de délit ou de crime n'a été relevée. « Pourquoi suis-je là ? »

- La durée d'internement dans ce cas est évidemment indéterminée (souvent plus de 18 mois) : « quand vais-je sortir ? »
- Chômeur obligatoire, impossibilité à cet Algérien d'envoyer le traditionnel mandat à sa famille restée là-bas. « Que vont-ils devenir ? »
- Absence d'occupation organisée si ce n'est quelques activités sportives.

Il s'agit de jeunes malades (moyenne 30 ans). Le symptôme dominant est ici *l'hypocondrie* (rencontrée très souvent chez les Nord-Africains).

Aux troubles digestifs diffus, douleurs vertébrales, céphalées, s'ajoutent très souvent des difficultés d'alimentation, de l'asthénie et des troubles du sommeil.

L'adaptation à la vie du service a été rapidement bonne et l'on est toujours étonné de voir avec quelle passivité ces malades finissent par accepter une condition de vie si difficile.

7°) 3 dépressions d'aspect clinique névrotique, probablement symptomatiques.

OBSERVATION 121 :

Préoccupations hypocondriaques depuis 7 ans. En réalité, mauvais état cardio-vasculaire. Baisse d'activité physique et psychique. 72 ans. Une involution *sénile* paraît en cause.

OBSERVATION 122 :

Syndrome anxieux de culpabilité sexuelle. Structure névrotique indiscutable. Possibilité de *schizophrénie*, chez ce malade de 29 ans.

OBSERVATION 123 :

Syndrome anxieux, conduites névrotiques. Thème de jalousie, 50 ans, possibilité d'évolution *délirante*.

*
**

Comme pour les syndromes mélancoliques (p. 49) voici quelques données générales sur l'âge, la profession, la situation familiale, les facteurs déclenchants, l'alcoolisme surajouté et les tentatives de suicide concernant *l'ensemble de ces 76 dépressions névrotiques*.

1°) *L'âge* : Moyenne globale : 43 ans.

18 à 30 ans :	12 cas
31 à 40 ans :	25 cas
41 à 50 ans :	19 cas
51 à 60 ans :	14 cas
plus de 60 ans :	6 cas

2°) *La profession* : Inconnue dans 2 cas, notre étude se limite donc à 74 cas :

- 13 *cultivateurs seulement* : 17,5 % (alors que nous trouvions 51 % dans la catégorie des états dépressifs mélancoliques).
- 15 manœuvres sans qualification.
- 16 fonctionnaires et employés de bureau.
- 20 ouvriers spécialisés (au sens large, c'est-à-dire des ouvriers qualifiés dont la profession est attestée par un long apprentissage ou par un C. A. P.).
- 8 professions diverses (forain, ouvriers retraités, commerçants).

3°) *La situation familiale* :

- 25 célibataires,
- 40 mariés (dont 14 mésententes conjugales évidentes),
- 6 veufs,
- 5 divorces ou séparations.

On remarque donc la forte proportion *d'échecs du couple* (encore n'avons-nous retenu que les échecs confirmés, extériorisés, n'envisageant pas les échecs plus profonds à mécanisme inconscient). Ceci ne nous étonne pas : l'état dépressif, comme la situation conjugale, ne sont qu'un des aspects de la névrose, conditionnés par elle.

4°) *Facteurs déclenchants* :

Rares en dehors des états réactionnels envisagés précédemment.

- Nets dans 2 cas : — suicide d'un frère,
— maladie de la mère.

5°) *Alcoolisme* :

En dehors des 8 dépressions avec alcoolisme, seulement 7 cas d'appoint éthylique connu.

6°) *Tentatives de suicide* :

10 tentatives avant l'entrée, non suivies de mort, sur 76 cas :

- 3 dans le groupe des syndromes anxieux
(obs. 48, 49, 51).
- 2 dans le groupe des dépressions alcooliques
(obs. 101 et 103).
- 5 dans celui des dépressions réactionnelles
(obs. 104, 105, 109, 115, 117) dont 3 peuvent être
qualifiées de « sérieuses » (obs. 105, 109, 117).

Ces tentatives d'auto-destruction sont donc moins fréquentes dans le domaine de la dépression névrotique ; elles existent cependant et il convient de s'en souvenir dans la pratique.

LES ETATS DEPRESSIFS DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

Dans 67 cas (35,3 % du total) il n'a pas été possible de classer le syndrome clinique présenté par les malades dans le cadre rigide et trop schématique de la psychose et de la névrose.

Certes, tout état dépressif atteignant l'individu en tant que tel est toujours typique, quel que soit l'ensemble des symptômes, le niveau de régression, les incidences thérapeutiques. C'est toujours l'angoisse d'un homme avec tous ses problèmes, ses antécédents, son histoire, ses conflits... Dans une étude d'ensemble, l'intérêt d'une classification, même bien superficielle, semble justement se trouver dans ces cas qui restent en dehors des chapitres classiques.

Parfois, le syndrome est atypique et difficile du fait d'un contact perturbé (manque de renseignement — incompréhension de langage — séméiologie mineure) : c'est le cas fréquent des états dépressifs chez l'« étranger ».

— Souvent, il s'agit de syndromes très proches de la dépression mélancolique et de la dépression névrotique à la fois, si proches parfois qu'ils donnent l'impression d'un véritable passage, d'une transition entre la psychose et la névrose : tels sont les *cas limites*.

— Dans certains cas, un tableau psychotique évolue selon une périodicité nette, s'agit-il d'une *mélancolie* atypique ou d'une autre psychose ?

— Enfin, très fréquemment, des états dépressifs cliniquement atypiques au point de vue clinique ou thérapeutique se sont révélés *symptomatiques*.

1°) Dépressions de l'étranger (obs. 124 à 136) 13 cas.

a) Très souvent du fait d'un *contact* très *insuffisant*, impossibilité de dialogue vrai par *incompréhension* dialectique (les interprètes bénévoles éventuels sont incapables de conserver à l'examen psychiatrique son allure d'« interview » nécessaire à un climat de confiance).

— C'est le cas de 4 jeunes Nord-Africains (obs. 124 : 21 ans; obs. 125 : 26 ans; obs. 126 : 27 ans; obs. 127 : 33 ans) qui présentaient à l'entrée une anxiété importante et qui, par gestes ou monosyllabes, expliquaient de vagues fixations hypocondriaques. L'un d'eux s'agitait un peu la nuit ; un autre s'alimentait mal...

L'évolution était rapidement favorable ; l'adaptation à la vie du service satisfaisante, l'anxiété disparue... à la suite de quoi ? pour combien de temps ? que représentait cette dépression ?

— 2 Italiens (obs. 128 et 129) de 49 et 45 ans.

Chez le premier, apparition récente d'une agitation anxieuse et de préoccupations somatiques, à vrai dire bien légitimes, du fait d'un cœur pulmonaire chronique.

Chez le second, soigné en sanatorium depuis 2 ans pour tuberculose pulmonaire non stabilisée à l'entrée (mars 58), il s'agissait d'un abandon, d'un refuge dans la maladie.

— 1 Polonais de 53 ans (obs. 130), anxieux et hypocondriaque, chez qui fut découvert un myxoedème clinique, puis confirmé par le laboratoire, le métabolisme basal et l'électro-cardiogramme.

Dans ce groupe de malades dont on comprenait assez mal l'histoire, on remarque que 4 d'entre eux présentaient une *affection organique grave* :

— Obs. 127 : traumatisme crânien récent.

— 128 : cœur pulmonaire chronique 3 fois décompensé.

— 129 : tuberculose pulmonaire bilatérale.

— 130 : myxoedème grave et décès 7 mois après l'entrée (broncho-pneumonie).

b) Soit *insuffisance de documentation* sur les antécédents, sur les difficultés présentes...

— 4 Nord-Africains, dont 3 présentaient un syndrome à teinte hypocondriaque (obs. 131, 132, 133) et le 4^e une asthénie diffuse (obs. 134).

— 2 dépressions mineures : l'une chez un débile mental de 35 ans, hypersensible aux traumatismes (obs. 135) ;

l'autre chez un jeune métallurgiste asthénique et découragé (obs. 136).

2°) Les cas limites.

a) Soit du fait d'une *symptomatologie trop courte*. Dans 5 cas, l'histoire clinique était trop pauvre pour pouvoir classer l'état de ces malades (obs. 137 à 141). Tantôt asthénie et méfiance (obs. 137), forte inhibition psychomotrice (obs. 138), ou bien difficultés d'alimentation vite dissipées (obs. 139).

Chez M. E. C..., 67 ans (obs. 140), dépression légère avec rémission rapide et spontanée. 1 accès antérieur à 55 ans.

S'agit-il dans ces cas d'un accès mélancolique mineur d'apparition tardive (ce qui est rare), ou plutôt d'une dépression à si forte composante psychogénétique qu'un simple changement de milieu a suffi pour obtenir la guérison ?

Enfin, M. S. R..., 28 ans (obs. 141), un peu anxieux et asthénique, avec idées d'incapacité et d'incurabilité, quelques troubles du sommeil et vagues idées de suicide.

Tous ces symptômes peu intenses, évoquent-ils une histoire névrotique ou un 1^{er} accès de mélancolie à symptomatologie mineure ?

Dans ces 7 cas, seule l'évolution permettra sans doute de préciser un diagnostic incertain aujourd'hui.

b) Soit du fait d'un *mélange d'arguments névrotiques et psychotiques* dans une même observation :

Dans 12 cas (obs. 142 à 153), nous avons rencontré chez un même malade un ensemble atypique dans lequel se mêlaient des éléments appartenant à la fois à la série mélancolique et à la série névrotique, soit du fait d'une séméiologie en quelque sorte « mixte », soit cliniquement typique, mais dont l'évolution était paradoxale.

Nous résumerons par un tableau d'ensemble qui opposera les « arguments » de la série névrotique à ceux de la série mélancolique :

	Dépression névrotique	Dépression mélancolique
M. E. A..., 50 ans (obs. 142)	— Hypochondrie (rein, cœur...). — Absence d'auto-dépréciation. — Chronicité (depuis 3 ans). — Pas d'antécédent cyclique.	— Inhibition intense (rappelant celle de la mélancolie) frappant surtout la mémoire.
M. L. R..., 25 ans (obs. 143)	— Personnalité névrotique — Absence d'auto-dépréciation.	— Antécédents : père psychose maniaco-dépressive. — Anxiété et inhibition profondes. — Nécessité d'un traitement fort (sommeil et électricité).
M. L. R..., 38 ans (obs. 144)	— Personnalité névrotique — Absence d'auto-dépréciation. — Anxiété et vague sentiment d'impuissance.	— Cyclothymie. — Nécessité d'un traitement électrique.
M. N. D..., 60 ans (obs. 145)	— Chronicité (depuis 5 ans). — Absence d'auto-dépréciation. — Syndrome phobique.	— Idées d'incurabilité et de suicide. — Succès du traitement électrique.
M. S. M..., 31 ans (obs. 146)	— Chronicité. — Personnalité névrotique — Absence d'auto-dépréciation.	— 1 accès antérieur. — Anxiété intense. — Nécessité d'un traitement fort (neuroplégiques).
M. N. C..., 54 ans (obs. 147)	— Chronicité. — Pas d'antécédent cyclique.	— Tentative de suicide « sérieuse » avant l'entrée. — Anxiété intense.
M. E. P..., 45 ans (obs. 148)	— Hypochondrie. — Début tardif. — Absence d'auto-dépréciation.	— Périodicité (1^{er} accès à 40 ans). — Plusieurs tentatives de suicide. — Succès de l'électricité.
M. E. D..., 45 ans (obs. 149)	— Nombreux éléments obsessionnels. — Détente dès l'hospitalisation.	— Périodicité (12 séjours). — Angoisse importante avec crainte de damnation. — 1^{er} accès à 25 ans.

	Dépression névrotique	Dépression mélancolique
M. M. D..., 40 ans (obs. 150)	— Structure névrotique. — Hypochondrie. — Absence d'auto-dépréciation.	— 1 ^{er} accès à 18 ans. — Cyclothymie (en particulier un état mixte traité ici en 1951).
M. E. P..., 62 ans (obs. 151)	— Situation conjugale très perturbée. — Absence d'auto-dépréciation.	— Père suicidé. — Anxiété + inhibition profondes. — Tentative de suicide récente.
M. N. B..., 47 ans (obs. 152)	— Préoccupations hypochondriaques. — Phobie du suicide. — Absence d'antécédents héréditaires ou personnels.	— Anxiété vive. — Succès rapide de l'électricité. — Evolution : suicide 2 mois après sa sortie.
M. E. R..., 57 ans (obs. 153)	— Structure névrotique. — Absence d'auto-dépréciation.	— Cyclothymie (6 séjours). — Succès de l'électricité.

Dans ce tableau, nous remarquons que les 6 premières observations sont atypiques principalement en raison du tableau clinique, des antécédents et même de la thérapeutique (nous conservons toute sa valeur à l'argument thérapeutique de la mélancolie vraie : succès de l'électricité, contesté cependant par quelques auteurs ⁽¹⁾, alors que l'argument chimiothérapique nous paraît très discutable).

Les 6 dernières sont surtout atypiques du fait de l'évolution (1^{er} accès — cyclothymie — suicide) souvent en désaccord avec un schéma classique.

L'existence de ces *cas limites* démontre peut-être qu'au niveau des structures, il existe une « unité fondamentale » ⁽²⁾.

Cette unité structurale résulterait de la *relation d'objet* et permettrait une classification des états dépressifs selon ce critère : « nous retrouvons donc la distinction qui s'est

(1) H. Ey, *Mélancolie et dépressions névrotiques*, Evol. psych., III, 1955, p. 537.

(2) H. Ey, Loc. cit., p. 551.

imposée depuis FREUD entre les dépressions de structure psychotique, dont la mélancolie est le type le plus achevé, et les dépressions de structure névrotique.

Mais entre ces deux grandes catégories, nous en introduirons une autre qui est intermédiaire et qui répond à une pathologie marginale ; c'est celle des *dépressions para-psychotiques*. On les rencontre chez ces sujets dont le propre est de se situer et d'osciller entre la névrose et la psychose et de passer facilement d'un plan à l'autre en raison de l'extrême labilité de l'organisation des fonctions de leur moi et de leurs effets sur les relations objectales. L'étude clinique et psychanalytique de ces dépressions para-psychotiques mériterait d'être approfondie. Elle nous fait approcher du champ de la schizophrénie. » (S. NACHT et P. RACAMIER, *les états dépressifs, étude psychanalytique*. Revue française de psychanalyse, 1959, N° 5, p. 585).

3°) Syndromes périodiques.

Dans 3 cas (obs. 154, 155, 156), nous avons rencontré un syndrome anxieux atypique évoluant comme une mélancolie :

OBSERVATION 154 :

M. E. M..., 49 ans. A fait en 1952 un 1^{er} séjour dans le service pour état d'excitation confuse avec anxiété atypique qui fut traité par la sismothérapie.

— Rechute en 1958 : même syndrome de confusion mentale (sans cause toxique).

— En avril 1959, 3^e séjour pour état dépressif confuso-anxieux avec semi-mutisme (traité à la chlorpromazine).

— En septembre 1959 (après 3 mois d'état satisfaisant), réintégration : état dépressif avec anxiété, inhibition psycho-motrice, refus d'alimentation. Ni confusion, ni onirisme (traitement chlorpromazine).

OBSERVATION 155 :

M. I. J..., 48 ans. Présente depuis 1946 plusieurs états dépressifs traités en clinique privée.

— En 1958, entre dans le service pour syndrome anxieux atypique avec sentiment d'impuissance et de grand pessimisme. Par ailleurs, « majoration péjorative de faits qu'on lui reproche, préoccupations quasi délirantes depuis quelques mois ». Structure

névrotique : célibataire avec dépendance affective de la mère. Traitement à la chlorpromazine et rémission rapide.

La première observation amène plusieurs réflexions :

a) S'agit-il d'une bouffée délirante polymorphe dont on connaît l'évolution spontanée vers la guérison (sans neuroplégiques) ? Il est bien difficile de l'affirmer puisque ce traitement neuroplégique a été institué lors des 2^e, 3^e et 4^e séjours. Une telle thérapeutique a pu enrayer un syndrome délirant au début et rendre cyclique une maladie qui ne l'était pas spontanément.

b) S'agit-il alors d'une mélancolie « vraie » à formes cliniques différentes, mélancolie confuse en 52, 58 et 59 ; mélancolie anxieuse avec inhibition en septembre 59 ?

Malgré l'intégrité du psychisme entre les accès, malgré le syndrome clinique du 4^e séjour (presque typique), nous savons qu'il est rare de voir un 1^{er} accès de mélancolie à 40 ans.

La 2^e observation pose à peu près les mêmes problèmes :

- Bouffée délirante ou début d'un délire chronique tronqué par le traitement.
- Mélancolie atypique (avec réserves du fait d'un syndrome peu caractéristique et d'un 1^{er} accès tardif).

L'observation 156 de M. R. L., 31 ans, contient un cas de syndrome schizophrénique à rechute : 5 séjours dans le service :

— Le 1^{er} en 1955 : « Syndrome schizophrénique, agitation et idées de suicide. Pensée oniroïde peu cohérente, improductive.

Barrages, père suicidé il y a 4 ans (à 47 ans), après 7 mois d'internement sans accès antérieur ni alcoolisme ». (Dr NODER).

— Sort en octobre 1955 après 7 mois d'hospitalisation et traitement à la chlorpromazine.

— Exerce à nouveau son métier d'instituteur.

— Les 2^e et 3^e séjours en mars et octobre 1956 : même état, avec en plus un thème d'impuissance.

— Mais en 57, lors du 4^e séjour, il s'agit d'un état dépressif atypique avec impression de fatigue et d'impuissance sexuelle. Traitement à la chlorpromazine ; sortie en 1958.

— Reprend son travail.

— Pour la 5^e fois, le malade revient pour état dépressif avec obsession de suicide.

Dans quel cadre nosologique peut-on placer un tel syndrome à rechute ?

— On pourrait tout d'abord songer à un de ces cas de « schizophrénie aiguë » dont les « accès secondaires » s'affirment après plusieurs années dans le sens d'accès maniaco-dépressifs typiques, ce qui est moins classique ». (J. LABOUCARIE, les « *schizophrénies aiguës* ». Evolution psychiatrique, 1958, T. III, p. 551).

— Là aussi, l'hypothèse d'une schizophrénie dont l'évolution est modifiée par le traitement n'est pas exclue ; dans ce cas ce serait un nouvel exemple de cyclothymie « artificielle ».

— Peut-être enfin, S. NACHT et P. RACAMIER pensent-ils à des dépressions semblables lorsqu'ils écrivent : « L'étude clinique et psychanalytique de ces dépressions parapsychotiques mériterait d'être approfondie. Elle nous fait approcher du champ de la schizophrénie ». (*Les états dépressifs ; étude psychanalytique*. Revue française de psychanalyse, 1959, N° 5, p. 586).

4°) Etats dépressifs atypiques symptomatiques : 34 observations (157 à 190).

Il s'agit ici d'états impossibles à classer d'emblée dans les cadres habituels et qui se sont révélés, les uns *symptomatiques*, les autres *probablement symptomatiques*. Il est bien entendu que nous avons éliminé toutes les réactions dépressives intriquées dans un ensemble nosologique caractérisé et reconnu dès le premier contact, telle une poussée anxieuse chez un schizophrène ou une réaction dépressive chez un persécuté dont le délire était constaté dès l'entrée.

A) ETATS DÉPRESSIFS SYMPTOMATIQUES.

1) *D'involution sénile* : 10 cas (obs. 157 à 166) ; moyenne d'âge : 67 ans $\frac{1}{2}$.

A l'entrée, ces malades présentaient un syndrome atypique (teinte hypocondriaque dans 7 cas sur 10), mais la sénilité — parfois soupçonnée — n'était pas évidente. C'est

un affaiblissement progressif du niveau mental, ou l'installation d'une amnésie de fixation qui ont témoigné, après un temps variable pour chacun, de la véritable cause de l'état dépressif.

2) *D'un délire de persécution* : 8 cas (obs. 167 à 174).

a) Dans 4 cas (167 à 170) survenus chez des jeunes, l'aspect dépressif se concrétisait par 3 tentatives de suicide.

Dans 2 cas, le délire était évident après 15 jours d'observation.

Dans les 2 autres cas, il ne s'est extériorisé qu'après plusieurs mois.

b) L'évolution vers un *délire chronique* a confirmé l'aspect symptomatique de la dépression manifestée chez 4 autres malades (âge moyen 55 ans).

3) D'un processus *schizophrénique*. Dans 3 cas (obs. 175, 176, 177) un syndrome dépressif atypique a témoigné d'une schizophrénie au début.

L'anxiété chez ces 3 jeunes malades était le symptôme majeur.

4) D'une *comitatalité*. 3 cas (obs. 178, 179, 180).

Les 2 premiers (34 et 41 ans) ont été internés à la suite d'une tentative de suicide qui paraissait réactionnelle à une situation difficile (tuberculose pulmonaire et difficultés familiales).

Un grand découragement dominait le tableau clinique, et c'est l'électro-encéphalogramme qui mit en évidence l'*épilepsie* (post-traumatique dans les 2 cas).

Le 3^e, M. R. V... (obs. 180), 33 ans, présentait à l'entrée l'état dépressif suivant qui évoluait depuis 2 ans :

— Asthénie psycho-motrice.

— Insomnie.

— Anxiété vive : peur de se tuer ou de tuer ses enfants.

— Représentations fantasmatiques terrifiantes pendant la nuit : accidents, cadavres, mort de ses enfants.

— Personnalité émotive, timide avec sentiment d'incomplétude et d'infériorité.

— Sentiments de jalousie, minimisés par le malade.

Dans les antécédents, mort de son père à 3 ans. Placement en orphelinat jusqu'à 14 ans, sa mère remariée le délaissant complètement.

— Mal de Pott à 18 ans.

— Tétanos à 19 ans.

— Ethylisme modéré.

Devant un tel syndrome, c'est le diagnostic de névrose obsessionnelle qui venait à l'esprit tout d'abord :

Représentations fantasmatiques, personnalité, antécédents personnels.

On pouvait encore soupçonner un syndrome délirant au début (sentiments de jalousie, méfiance).

Et c'est la notion d'un très léger traumatisme cranien un an avant (sans perte de connaissance et sans arrêt de travail), d'une « crise » suspecte survenue après, qui nous a amené à faire pratiquer un électro-encéphalogramme :

« Signes intenses de comitialité d'origine sous-corticale paraissant idiopathique et à forme myoclonique. Il est difficile d'admettre que le traumatisme cranien bénin antérieur à la première manifestation ait joué un rôle déterminant ». (Dr J. COURJON, Lyon).

Les cas de ce genre nous rappellent que la comitialité peut être à l'origine des syndromes psychiatriques les plus variés ; on doit l'éliminer tout d'abord dans les états atypiques, mais il est bon de ne pas oublier qu'elle sait aussi se dissimuler derrière les tableaux cliniques les plus caractéristiques.

B) ETATS DÉPRESSIFS ATYPIQUES PROBABLEMENT SYMPTOMATIQUES.

a) Dans 8 cas (obs. 181 à 188), un *délire de persécution* est soupçonné sans confirmation formelle.

Il s'agit à l'entrée de dépressions diverses à thèmes hypocondriaques avec inhibition, découragement, souvent idées de *suicide* : 2 tentatives non suivies de mort avant l'hospitalisation (obs. 183 et 186), 1 tentative suivie de mort 2 mois après la sortie (obs. 182).

A ce syndrome dépressif, s'ajoutaient souvent des signes inhabituels qui ont fait réserver le pronostic : quelques idées de persécution, souvent vite dissipées, parfois très vagues.

b) 2 cas enfin chez de jeunes adultes (obs. 189 et 190), 24 et 32 ans, entrés dans le service à la suite d'une tentative de suicide (absorption de lames de rasoir, obs. 189 ; noyade, obs. 190).

Personnalité schizoïde, ensemble très atypique, évolution traînante, activité psycho-motrice réduite, étaient les éléments essentiels d'un pronostic très réservé. L'évolution seulement permettra de confirmer une schizophrénie bien probable.

Constatations d'ensemble

Sur l'âge, la profession, la situation familiale, les facteurs déclenchants, l'alcool, les tentatives de suicide concernant les 67 états dépressifs atypiques.

Age : Moyenne : 43,5 ans : 18 à 30 ans : 15 cas
31 à 40 ans : 18 cas
41 à 50 ans : 12 cas
51 à 60 ans : 13 cas
plus de 60 ans : 9 cas

Profession :

Dans 4 cas, nous n'avons pu obtenir de renseignements.

Sur 63 cas, nous trouvons donc :

19 cultivateurs (28 %),
14 manœuvres,
11 ouvriers spécialisés,
6 fonctionnaires,
4 maçons.
9 divers (1 typographe, 2 coiffeurs, 2 bûcherons,
2 jardiniers, etc...).

Situation familiale :

- 31 célibataires,
- 31 mariés (dont 4 mésententes conjugales évidentes),
- 1 veuf,
- 1 divorcé,
- 3 situations inconnues.

Facteurs déclenchants :

Nous trouvons peu de facteurs déclenchants dans ce groupe : 9 cas seulement (difficultés familiales, troubles somatiques, traumatisme...).

Appoint éthylique (connu). Relativement important :

14 cas sur 67.

Tentatives de suicide :

- a) 2 tentatives suivies de mort 2 mois après la sortie.
- b) 13 entrées après tentatives de suicide.
- c) 1 tentative de suicide non suivie de mort dans le service (et renouvelée deux fois chez ce même malade).

Soit 16 tentatives de suicide sur 67 malades (23,9 %).

4 pour les cas-limites (sur 12).

12 (sur 34) pour les dépressions symptomatiques :

- 6 de délire chronique,
- 2 de schizophrénie,
- 2 de sénilité,
- 2 (sur 3) d'épilepsie.

Le suicide semble donc plus fréquent dans ces cas atypiques, surtout lorsqu'il s'agit de dépressions symptomatiques (délire chronique et *comitialité* tout particulièrement).

TROISIEME PARTIE

LES THERAPEUTIQUES APPLIQUEES

Nous venons d'essayer de classer 190 états dépressifs présents à l'hôpital St-Georges à partir du mois d'août 1957.

En 1957, c'est le traitement par l'électro-choc qui était le plus employé, associé souvent à la chlorpromazine.

Successivement, nous avons disposé de la LÉVOMÉPRAMAZINE (*Nozinan Spécia*) utilisé à la fin de 1958 ; de l'IMIPRAMINE (*Tofranil* Geigy) utilisé à partir de juin 1959 ; de l'IPRONIAZIDE (*Marsilid* Roche) à partir de novembre 1959.

Mais qu'il s'agisse de l'électricité ou de ces nouvelles chimiothérapies, ces moyens sont réservés généralement aux dépressions présentant un caractère grave.

Avant d'aborder l'étude des résultats de ces *thérapeutiques majeures*, nous envisagerons les différents cas où l'encadrement hospitalier, l'ergothérapie, une courte psychothérapie, quelques *médications secondaires*, ont été suffisants pour obtenir la guérison d'états dépressifs mineurs.

THERAPEUTIQUES SECONDAIRES

Plus que les médications, soit produits mineurs, soit produits majeurs à faible dose, c'est le changement de milieu, l'encadrement hospitalier, quelques somnifères ou quelque traitement symptomatique, qui ont représenté l'essentiel du traitement.

De l'ensemble des 190 cas de ce travail, c'est dans le groupe des *déprimés névrotiques* que nous trouvons les malades qui n'ont pas eu besoin des traitements « majeurs » à savoir :

40 cas (sur 76 dépressions névrotiques) :

4 syndromes anxieux,

3 hypocondries,

1 obsession (psychothérapie par le Dr NODET),

14 dépressions simples,

10 dépressions réactionnelles,

8 déprimés alcooliques. (Pour ces derniers, le traitement vitaminique du groupe B a été institué à fortes doses et une cure de dégoût).

Il paraît évident que ces 40 malades (21 % du total) auraient pu être soignés en service ouvert ou en maison de santé. Ils n'ont pas leur place dans un hôpital fermé, surchargé, régi par la loi de 1838.

Ils représentent le type même des malades à ne pas interner, mais à suivre dans le cadre d'une psychiatrie de secteur.

THERAPEUTIQUES MAJEURES

Nous exposerons très rapidement les résultats de l'électro-choc et de la chlorpromazine, dont l'action est bien connue.

Nous nous arrêterons un peu plus sur les résultats de la *Lévomépromazine* et principalement sur ceux des 2 nouveaux produits : *l'Imipramine* et *l'Iproniazide*.

Du fait d'un nombre de cas relativement restreint et d'un recul parfois insuffisant, nous ne pourrions donner que des *impressions* d'ensemble.

1°) Traitement électrique.

Cette méthode a été pratiquée le plus souvent sous anesthésie générale. L'électro-choc (séries de 8 à 10 infra-crises ou crises normales) a été plus souvent employé que l'électro-narcose.

Nous appellerons *succès*, une amélioration clinique dès la 2^e semaine (4^e ou 5^e électro-choc) et une guérison durant au minimum 6 mois.

Par *amélioration*, nous entendrons une disparition plus lente des symptômes essentiels (3 semaines ou plus) ou bien une guérison « provisoire » avec rechute avant 6 mois.

Nous parlerons *d'échec* lorsqu'aucune amélioration clinique nette n'aura été obtenue après 2 mois de traitement.

A) GROUPE DU SYNDROME MÉLANCOLIQUE (47 cas).

La sismothérapie a été appliquée chez 27 malades :

1. *Psychose maniaco-dépressive*, dans 11 cas sur 20 :

Succès : 8 cas (dont 2 avec association d'Imipramine).

Améliorations : 2 cas.

Echec : 1 cas : inversion d'humeur à la 2^e séance.

Ces résultats sont donc en accord complet avec les publications classiques : « La plupart des auteurs (ZISKIND, 1942 — BENNET, 1944 — DEDICHEN, 1946 — HUSTON et

LOCHER, 1948 — EY et BURGUET, 1952 — DENYS, 1954) admettent une réduction de moitié au moins de durée de la crise, une efficacité remarquable dans 60 à 90 % des cas, une sédation très rapide des symptômes les plus pénibles ». (J. GUYOTAT et J. PERRIN).

Enfin, dans sa thèse (Lyon 1950), J. GUYOTAT ne relève que 6 échecs sur 103 cas, si l'on considère l'effet immédiat. Quant aux *effets lointains*, l'auteur note une tendance à la récurrence immédiate dans les 6 mois après la sortie de l'hôpital dans 25 % des cas de formes maniaco-dépressives ayant débuté entre 15 et 40 ans, mais seulement dans 6 % des cas dans les mélancolies tardives.

Nous ne pouvons envisager ici l'action de l'électro-choc sur la *périodicité*, notre étude ne portant que sur un nombre trop limité de mélancolies considérées pendant une durée trop courte (de 10 ans à 6 mois).

Les résultats ont été particulièrement bons dans les formes graves délirantes et anxieuses.

Les 2 cas d'amélioration transitoire correspondaient à des formes mineures.

2. *Syndromes mélancoliques cliniques sans périodicité*,
dans 6 cas sur 13 :

Succès : 4 (dont 2 avec association à la chlorpromazine).

Amélioration : 1.

Echec : 1.

3. *Syndromes mélancoliques symptomatiques*.

Dans 11 cas sur 14 :

Involution sénile : 6 cas :

Succès : 5.

Echec : 1.

Délire de persécution : 4 cas :

Succès : 3 (avec association de chlorpromazine).

Amélioration : 1 (sans possibilité de sortie).

Schizophrénie : 1 cas :

Amélioration (association avec chlorpromazine).

B) GROUPE DES DÉPRESSIONS NÉVROTIQUES.

10 applications pour 76 cas :

Succès : 3 (3 névroses hypocondriaques).

Améliorations : 3 (1 névrose obsessionnelle,
1 névrose hypocondriaque,
1 dépression réactionnelle).

Echecs : 4 (2 hypocondries,
2 névroses obsessionnelles).

C) GROUPE DES ÉTATS DÉPRESSIFS DE DIAGNOSTIC DIFFICILE.

13 applications — en association avec les neuroleptiques — sur 67 cas.

Succès : 4.

Améliorations : 6.

Echecs : 3 (2 cas limites ; 1 dépression symptomatique).

Nous avons donc relevé plus d'échecs de l'électricité dans les dépressions névrotiques ou atypiques que dans les dépressions du groupe mélancolique, même lorsque le syndrome mélancolique n'appartient pas au cadre nosographique de la *psychose périodique*.

Ainsi l'efficacité de l'électro-choc nous semble être un argument thérapeutique de valeur en faveur des états dépressifs psychotiques.

2°) **Neuroleptiques.**

a) CHLORPROMAZINE (largactil Spécia).

La chlorpromazine a été utilisée chez 40 malades :

8 cas de syndromes mélancoliques vrais, *en association* avec l'électro-choc.

15 cas de dépressions névrotiques :

- 8 hypocondries,
- 4 obsessions,
- 3 dépressions réactionnelles.

17 cas de diagnostic difficile (dont 13 d'états dépressifs symptomatiques).

Les doses utilisées ont été de 400 mg par jour en moyenne.

L'action de la chlorpromazine n'a été très favorable que dans les cas de dépressions symptomatiques de *délire* ou de *schizophrénie*. Encore faut-il remarquer une action très faible sur l'*anxiété* (dans 11 cas l'électro-choc a dû être associé dès le début).

Dans les mélancolies vraies, la chlorpromazine n'a jamais été suffisante et n'a été utilisée qu'en association à une époque (1957 et 1958) où les nouvelles chimiothérapies n'étaient pas encore employées. Ceci illustre l'opinion généralement admise à l'heure actuelle et que résumant ainsi J. GUYOTAT et J. PERRIN : « ...il est unanimement admis actuellement que, si des résultats peuvent être obtenus par la *chlorpromazine* et les *alcaloïdes extraits du Rauwolfia* dans des états mélancoliques, leur fréquence est faible, leur action suspensive naturellement légère et inversement proportionnelle à la gravité du cas, leur efficacité en un mot, statistiquement et qualitativement si insuffisante et irrégulière, qu'ils ne constituent qu'une thérapeutique d'appoint et ne peuvent être employés systématiquement avant d'autres méthodes. Dans des formes à la symptomatologie peu marquée, ils peuvent quoiqu'irréguliers dans leurs résultats — suffire. »

b) LÉVOMÉPROMAZINE (nozinan Spécia).

Nous avons employé ce médicament chez 30 malades à partir du 2^e semestre 1958.

La dose moyenne quotidienne a été de 6 à 8 comprimés à 25 mg après un traitement injectable d'attaque de 6 à 8 ampoules.

Résultats d'ensemble :

1° *Lévomépromazine administrée seule* : 18 cas.

Succès (mêmes critères définis ci-dessus à propos de l'électro-choc) : 13 cas :

— 5 mélancolies (3 symptomatiques d'involution, 2 syndromes mélancoliques typiques mais isolés).

— 5 *dépressions névrotiques*, 2 *hypocondries*, 1 *dépression symptomatique*.

Parmi ces 13 succès, il convient de remarquer que dans 4 cas, le traitement a été entrepris après échec de la *sismothérapie* et de la *chlorpromazine* et même, dans un cas, après échec de l'*imipramine*.

Echecs : 5 cas :

- 2 cas d'*hypocondrie* grave nécessitant un changement de traitement après 3 semaines.
- 3 cas (1 cas-limite, 2 *dépressions symptomatiques*) : rechute en moins de 6 mois.

2° *Lévomépromazine associée à la sismothérapie* : 12 cas.

Succès : 8 cas.

Améliorations : 3 cas.

Echec : 1 cas.

Incidents, complications :

- 6 hypotensions, nécessitant 2 fois l'arrêt du traitement.
 - 4 cas de somnolence permanente nécessitant une diminution de dose.
 - 1 cas de syndrome parkinsonien.
- Aucun accident n'a été relevé.

Action sur les symptômes :

Comme l'indiquait récemment Y. BERTHERAT dans sa thèse, inspirée par J. GUYOTAT (Lyon, 1959), c'est sur l'*anxiété* qu'agit de préférence la *lévomépromazine*, alors que l'inhibition — et le délire — paraissent peu modifiés. Et cette diminution de l'anxiété nous semble résulter d'un engourdissement général, de la somnolence qu'apporte la drogue, réalisant une sorte de contention chimique.

S'il est classique d'observer une action favorable sur l'insomnie, cette action paraît surtout très nette dans les

mélancolies, mais la persistance d'une somnolence diurne est bien gênante chez le déprimé névrotique qui s'inquiète alors de l'augmentation de son asthénie.

Nous n'avons pas relevé d'inversion d'humeur. A ce titre et du fait de la bonne tolérance de ce produit à faible dose, il nous semble constituer un bon traitement d'entretien et de post-cure. Associé à l'électro-choc, aux nouvelles chimiothérapies des états dépressifs ou bien aux cures de sommeil, il est souvent très utile dans les grandes crises de dépression.

3°) Imipramine (G. 22.355, Tofranil Geigy).

C'est un médicament de synthèse, dérivé de l'imino-dibenzyle, dont la formule est définie ainsi : chlorhydrate de N-(3'diméthylamino-propyl)-imino-dibenzyle.

Depuis la communication de KUHN (1957) tous les auteurs sont d'accord pour affirmer le caractère spécifiquement anti-dépressif de ce produit, capable de modifier et parfois d'inverser l'humeur dépressive.

La récente conférence de *Montréal* sur les états dépressifs (1959) a confirmé les publications des auteurs Suisses et Américains et les travaux français de DELAY, DENIKER, COIRAULT, LABOUCARIE..., etc...

Plus récemment, nous avons pu bénéficier du rapport de J. GUYOTAT et J. PERRIN sur la chimiothérapie de la Mélancolie, lors de la Journée de thérapeutique psychiatrique (hôpital du Vinatier, 23 mai 59), de la thèse de BERTHERAT (Lyon 1959) et du travail de P. C. RACAMIER, L. CARRETIER et C. SENS sur « L'imipramine dans le traitement des états dépressifs » (*La semaine thérapeutique*, N° 8, octobre 1959).

Doses utilisées. Au début, nous avons employé, selon les indications du laboratoire, le traitement progressif par voie intra-musculaire, auquel se substitue l'administration *per os*, les doses étant de 75 à 350 mg (maximum) pendant

les 12 premiers jours ; de 350 à 100 mg (traitement d'entretien) pendant les 9 jours suivants. Ensuite — hormis quelques cas graves — nous avons donné le médicament *per os* en augmentant progressivement jusqu'à la dose-seuil d'amélioration. Dans ces cas, 75 à 150 mg étaient souvent suffisants.

RÉSULTATS :

31 traitements appliqués pour 29 malades (2 d'entre eux ayant rechuté et nécessité une nouvelle cure) :

- 9 syndromes mélancoliques du cadre de la psychose périodique ;
- 4 syndromes mélancoliques isolés ;
- 2 syndromes mélancoliques typiques qui se sont révélés symptomatiques d'un délire après traitement à l'imipramine ;
- 3 hypocondries ;
- 2 syndromes obsessionnels ;
- 2 dépressions réactionnelles ;
- 1 état dépressif lié à une involution sénile ;
- 6 états dépressifs de diagnostic difficile :
 - 5 cas-limites,
 - 1 cas de dépression symptomatique d'un délire chronique.

Dans 2 cas, *l'imipramine* a été associée à l'électro-choc en raison d'une anxiété intense et d'un risque suicidaire important.

Nous résumerons les résultats dans le tableau ci-après (succès, amélioration, échec, étant définis comme précédemment) :

Diagnostic	Succès	Amélioration	Echec	Inversion d'humeur	Incidents
9 mélancolies vraies (10 cures)	2	4	3	1	2 R.U. ⁽¹⁾
4 mélancolies isolées	1	1	2		1 C.O. ⁽²⁾
2 mélancolies symptomatiques d'un délire	1		1		
3 hypocondries	1	1	1		
2 syndromes obsessionnels	2				
2 dépressions réactionnelles	2				
1 dépression d'invo- lution			1		
5 cas-limites (6 cures)	2	2	1	1	
1 dépression (probablement) symptomatique	1				

Donc, sur 31 cures d'*imipramine* (chez 29 malades) :

12 succès (dont 1 avec électro-choc associé),
8 améliorations,
9 échecs,
2 inversions d'humeur.

Dans l'ensemble, ces chiffres (20 succès ou améliorations sur 31, soit 64,5 %) correspondent à ceux des publications de la plupart des auteurs. Ce qui peut paraître surprenant ici, c'est une action favorable comparable dans les formes non mélancoliques (8 sur 15) et dans les syndromes mélancoliques (9 sur 14).

Ainsi, dans cette courte étude, nous n'avons pas observé que l'*Imipramine* soit plus efficace dans le groupe des mélancolies dites « endogènes » que dans celui des autres

(1) Rétention d'urine.

(2) Etat confusio-onirique.

dépansions — névrotiques, en particulier —. Mais cette remarque n'appelle aucune conclusion valable du fait d'un trop petit nombre de cas par rapport aux travaux de la plupart des auteurs qui reconnaissent une plus grande efficacité dans la mélancolie.

Parmi les succès très nets — comparables à ceux de l'électro-choc — nous relevons une action très favorable dans 2 *syndromes obsessionnels*. Si les manœuvres compulsives, fantasmes et rituels ont persisté, l'anxiété a tellement diminué que ces malades ont pu sortir après de longs mois d'hospitalisation.

L'observation 68 illustre ce succès de l'*Imipramine* :

M. E. J..., 31 ans ; rentre en septembre 1958 dans le service du Dr NODET pour syndrome obsédant de longue date : peur de la mort, lutte incessante contre cette peur.

Dans les antécédents, en 1948, fracture du fémur gauche ; réduction chirurgicale ; suites compliquées de phlébite et embolie pulmonaire.

Le syndrome obsessionnel débute depuis cet infarctus pulmonaire.

E. E. G. normal.

Pendant 13 mois (de septembre 58 à octobre 59), état mental stationnaire, c'est-à-dire très perturbé : la lutte incessante contre les fantasmes macabres *interdit toute activité* et le malade est toujours angoissé et inhibé.

Grande résistance à toute thérapeutique :

Septembre 58 : chlorpromazine injectable, 300 mg par jour.

Octobre 58 : cure de sommeil, aucune amélioration.

Novembre 58 : lévomépromazine : échec.

Janvier 59 : électro-narcoses : légère détente très fugace (10 jours).

Avril 59 : association chlorpromazine et sismothérapie. A cette époque, on songe à la lobotomie.

Octobre 59 : *imipramine* injectable, à doses progressives, associé à 200 mg de lévomépromazine : amélioration nette dès le 15^e jour et le malade sort 3 semaines chez lui en décembre 59, avec 10 dragées d'imipramine et 6 comprimés de lévomépromazine. Il s'occupe, lit, se livre à de petits travaux domestiques.

De janvier 60 à mars 60, M. E. J... travaille chaque jour à l'atelier de cartonnage. Il se dit moins anxieux, surtout le matin : « J'ai toujours les mêmes représentations, mais je les supporte bien ».

Avril 60, quitte le service ; suivi régulièrement en post-cure.

Va bien ; cherche du travail (août 60).

Dose d'entretien ; 250 mg d'imipramine associé à 150 mg de lévomépromazine.

Une telle efficacité de l'*Imipramine* dans une névrose obsessionnelle grave montre le caractère peu spécifique de l'action de ce médicament dans les psychoses ou les névroses.

Dans les succès du produit, nous relevons 2 cas dans des états dépressifs réactionnels (où dominait l'inhibition).

Quant aux échecs, nous remarquons que sur 9 cas, 8 fois il s'agissait de formes *anxieuses* graves.

Nous avons donc l'impression que l'*Imipramine* agit plus favorablement sur l'*humeur dépressive* et l'*inhibition* que sur l'*anxiété* des formes sévères de dépressions.

DÉLAI D'ACTION :

Pour 20 cas favorables sur 31 (64 %) : 12 succès et 8 améliorations, nous relevons :

— *Action rapide* (moins de 10 jours de latence) : amélioration clinique des symptômes essentiels, en particulier de l'humeur dépressive, c'est-à-dire action comparable à celle de l'électro-choc. 7 cas :

- 2 syndromes mélancoliques,
- 1 syndrome obsessionnel,
- 2 états réactionnels (dont l'observation 105 décrite p. 66),
- 1 cas-limite,
- 1 dépression symptomatique d'un délire chronique.

— *Action lente* : 10 à 20 jours de latence. 11 cas :

- 5 syndromes mélancoliques,
- 1 hypocondrie,
- 1 syndrome obsessionnel,
- 3 cas-limites,
- 1 dépression probablement symptomatique.

— *Action très lente* : latence supérieure à 20 jours :

- 1 syndrome mélancolique,
- 1 hypocondrie,

Sur 13 syndromes mélancoliques (dont 9 du cadre de la psychose périodique) traités avec l'*Imipramine*, on ne relève ainsi que 2 cas de succès rapide (comparable à l'action de la sismothérapie) ; cette latence de plus de 10 jours nous paraît bien dangereuse pour les cas de mélancolies graves, anxieuses et délirantes. *Il nous semble que dans ces formes le traitement électrique doit être institué d'emblée* (pendant 6 à 8 jours) associé à la chimiothérapie progressive.

INCIDENTS. COMPLICATIONS :

— Sur 31 cures, 3 *réentions d'urine* (2 nécessitant l'arrêt du traitement) et un état d'agitation anxieuse avec confusion et onirisme, qui céda rapidement à l'électro-choc et à la chlorpromazine.

Ces accidents urinaires *réentionnels* paraissent ainsi relativement fréquents. B. SCHOTT et L. BOURRAT, dans une intervention lors de la *Journée de thérapeutique psychiatrique* (Vinatier, 23 mai 1959) avaient attiré l'attention sur ces dangers urinaires (« 2 cas de réentions aiguës et 2 épisodes dysuriques sévères sur un peu plus de 30 malades traités ») et conseillaient de prescrire à titre préventif des sympatholytiques.

AUTRES INCIDENTS (sans caractère de gravité) :

Insomnie : 12 cas.

Elle fut rapidement corrigée par l'association de Lévomépromazine (50 à 75 mg) le soir ou d'Alimémazine (50 à 100 mg).

Sueurs, tremblement : 6 cas en début de traitement.

4°) **Iproniazide** (Marsilid Roche).

Dérivé, comme l'Isoniazide de l'acide isonicotinique, c'est l'isopropyl-hydrazide de l'acide isonicotinique, synthétisé par H. Fox en 1951. SELIKOFF et ROBITZEK essayèrent ce nouveau médicament antituberculeux qui fut rapide-

ment abandonné en raison de ses effets sur le système nerveux.

Ce n'est qu'en 1957 qu'apparurent les premières publications psychiatriques concernant ce produit : LOOMER, SAUNDERS et KLINE (American psychiatric association, 1957) ; DELAY et DENIKER, BOITELLE, J. GUYOTAT, MARIN, BERTHERAT et J. PERRIN, en France, RISER..., etc.

Tous ces auteurs ne discutent pas l'efficacité de l'*Iproniazide* sur la séméiologie dépressive. Certains ont publié des *inversions d'humeur* (comme celles rencontrées avec l'Imipramine).

Certes, l'inversion d'humeur n'est pas une bonne guérison de la mélancolie ; elle est cependant pour J. GUYOTAT un test d'efficacité thérapeutique : « Une thérapeutique nous paraît spécifique de la mélancolie lorsqu'elle est capable de modifier radicalement ce vécu, au risque même, dans certains cas, de « l'inverser ».

Si tous les auteurs constatent une efficacité du médicament (action sur l'inhibition et le vécu mélancolique plus que sur l'anxiété importante), les résultats sont variables si l'on considère le pourcentage de guérison et les complications.

L'action stimulante « psychotonique » serait due à l'augmentation du taux de *sérotonine* : l'*Iproniazide* agissant comme inhibiteur de la mono-amine-oxydase, « ferment responsable de la dégradation *in vivo* des monoamines impliquées dans le fonctionnement du système nerveux central : adrénaline, noradrénaline ».

DOSES UTILISÉES :

1/4 à 3 comprimés à 50 mg par jour.

RÉSULTATS :

17 traitements appliqués pour 17 malades :

- 1 syndrome mélancolique (cadre de la psychose périodique).
- 3 syndromes mélancoliques isolés.
- 1 syndrome mélancolique symptomatique.

- 1 syndrome mélancolique probablement symptomatique (obs. 47).
- 4 syndromes anxieux hypocondriaques.
- 2 syndromes obsessionnels.
- 1 dépression simple.
- 1 dépression névrotique (cadre d'une involution sénile).
- 1 cas-limite.
- 2 dépressions probablement symptomatiques (de sénilité et de délire).

Nous résumerons *l'action* du médicament dans le tableau ci-après. Nous rappelons que par *succès* nous entendons :

— Amélioration du syndrome clinique en moins de 15 jours.

— Sortie de l'hôpital possible 2 à 3 mois après (hormis les cas où la sortie est impossible pour raisons sociales).

— Recul d'au moins six mois sans rechute.

Amélioration : atténuation des symptômes principaux, soit lente, soit spectaculaire, mais fugace (rechute avant 6 mois).

Echec : aucune modification notable après 4 semaines de traitement.

Diagnostic	Succès	Amélioration	Echec	Inversion humeur	Incidents
1 mélancolie (psychose périodique).			1		Erythème allergique (arrêt du traitement)
3 syndromes mélancoliques isolés	3				
1 mélancolie symptomatique		1 (3 mois)			
1 mélancolie probablement symptomatique		1		15 mois hypomanie	
4 hypocondries	1	1 (2 mois)	1 (mélancolie) 1		Vertiges, hypotension arrêt traitement)
2 syndromes obsessionnels		2			
1 dépression simple	1				
1 dépression névrotique (involution)			1		
1 cas-limite		1			
2 dépressions symptomatiques (sénilité, délire)		1	1		

Donc, sur 17 cures d'Iproniazide :

- 5 succès nets (dont 1 avec 2 électro-chocs associés).
- 6 améliorations.
- 6 échecs.

Succès :

Parmi les 5 cas nettement favorables, on trouve donc 3 syndromes mélancoliques isolés (obs. 21, 27, 28), 1 hypocondrie (obs. 49), 1 dépression simple (obs. 77). Pour ces deux derniers cas, il est aussi difficile d'affirmer l'efficacité de l'*Iproniazide* que de l'infirmer : on sait l'impor-

tance du changement de traitement, de la façon dont est présenté un nouveau médicament. Cependant, le recul est de plus de 6 mois.

Voici, par exemple, l'observation 77 (dépression simple).
Malade du Dr FLOT.

M. S. D..., 32 ans, maître d'internat.

— A l'entrée, découragement, anxiété, sentiment d'infériorité.

— 2 tentatives de suicide puériles : aspirine et section des veines du poignet avec une lime à ongles.

Père brutal ; 2 fugues à 8 et 12 ans.

Vie errante depuis 15 mois, abandon de son foyer.

Pas d'équivalent comitial, ni de délire.

Traitement : foie injectable.

Iproniazide : 100 mg.

Amélioration en 10 jours : détente, occupation dans le service.

Reprend contact avec sa famille.

Sort 2 mois après : très bien et travaille aussitôt.

Bon état avec 25 mg d'Iproniazide. Recul 6 mois.

Les 3 autres succès sont convaincants : 3 syndromes mélancoliques isolés.

Dans un autre cas (obs. 28) — en raison d'une forte anxiété — nous avons fait 2 électro-chocs au début d'une cure de 100 mg d'*Iproniazide*.

Dans un autre, 150 mg ont considérablement réduit l'*inhibition* qui dominait dans ce syndrome mélancolique (obs. 27).

Le 3^e enfin, nous paraît le plus net et nous résumerons ainsi son observation (N° 21) :

M. I. B..., 50 ans, manœuvre.

1^{er} séjour à St-Georges en 1945 pour alcoolisme.

En avril 59 : « Dépression mélancolique atypique avec essai de suicide » (Dr NOBET). - Inhibition psycho-motrice, auto-dépréciation, peu d'anxiété.

En mai 59 : Cure d'imipramine (injections + dragées) : légère amélioration très passagère.

En septembre 59 : inhibition, bradypsychie, auto-accusation, pessimisme.

Essai de l'*Iproniazide* (150 mg + lévomépromazine, 50 mg le soir).

3 jours après, amélioration spectaculaire : souriant, s'alimentant facilement.

Le 23 septembre 59 (après 19 jours de traitement à l'*Iproniazide*) : l'accès mélancolique s'est dissipé, le malade s'occupe régulièrement dans le service.

On diminue la dose d'Iproniazide : 100 mg au lieu de 150 mg.

Devant la persistance de cette amélioration, on continue à 50 puis à 25 mg (décembre 59).

En janvier 60 : essai d'interruption du médicament : 10 jours après, le malade se trouve moins bien et refuse de travailler.

Tout rentre dans l'ordre avec 25 mg par jour et l'amélioration se maintient fin août 1960 (presque 1 an après). Pas de sortie possible actuellement (raisons socio-familiales).

Cette observation représente notre résultat le plus favorable obtenu avec l'*Iproniazide* :

- délai d'action rapide (3 jours) ;
- pas de rechute après 11 mois ;
- succès après échec de l'Imipramine et de la Lévo-mépromazine (l'électro-choc était contre-indiqué en raison du mauvais état cardio-vasculaire) ;
- médication remarquablement supportée.

AMÉLIORATIONS : 6 cas.

— 1 mélancolie *symptomatique d'involution* (obs. 44).

Véritable mélancolie chronique depuis plus d'un an, avec délire d'auto-dépréciation et anxiété.

En mars 60, 100 mg d'*iproniazide* + 60 gouttes d'*alimémazine* le soir.

Amélioration de l'anxiété et de l'auto-dépréciation.

On ne peut pas encore parler de guérison, mais les symptômes essentiels sont très estompés.

Recul : 3 mois.

— 1 cas d'*hypocondrie* : obs. 58, malade de 65 ans. 100 mg d'*Iproniazide*. Après une légère amélioration (3 mois), interruption de la cure du fait de l'apparition d'un syndrome vertigineux et d'une hypotension artérielle.

— 2 syndromes obsessionnels (obs. 69 et 70).

Amélioration nette (en particulier l'anxiété) mais recul trop court pour conclure valablement : 4 mois dans un cas, 5 mois dans l'autre. Cependant, si l'on envisage la

gravité de l'obsession dans le cas de M. E. C... (obs. 69), on peut être satisfait du résultat obtenu :

Syndrome phobique avec maux de tête hypocondriaques et phobie du suicide pour qui les traitements suivants ont été institués : sismothérapie (3 séries), chlorpromazine, lévomépromazine, alimémazine, etc... Lobotomie à Dijon l'an dernier.

Depuis 4 mois, 75 mg d'*iproniazide* : amélioration certaine ; diminution des malaises hypocondriaques ; inhibition moins marquée. Surtout le malade travaille régulièrement (août 60).

— Dans un cas-limite (obs. 136) et une dépression symptomatique (obs. 160), l'amélioration a été satisfaisante, mais dans les 2 cas, le recul n'est que de 3 mois et le syndrome dépressif présenté était assez peu intense.

Doses utilisées : 100 et 50 mg.

ECHECS : 6 cas.

Dans 2 cas, l'échec a été précédé d'une franche amélioration.

1) M. R. B... souffrant de mélancolie, probablement symptomatique (obs. 47, résumée dans la 2^e partie) a présenté lors des 2 premiers séjours un syndrome dépressif avec auto-accusation et idées de suicide.

Traitement : 150 mg d'*iproniazide* + 75 mg de lévomépromazine le soir.

Amélioration progressive en 3 semaines. Sortie avec 100 mg en avril 60.

En juin 60, toujours bien : disparition de l'anxiété et de l'insultation. Pas d'auto-accusation.

En juillet 60 : *trop bien* : insomnie, hypomanie.

Août 60 : état maniaque avec logorrhée, excitation, variabilité d'humeur avec un élément inhabituel dans la manie : des idées de persécution (« on le poursuit... on connaît ses pensées... »). Ceci confirme les réserves de pronostic que nous faisons dans l'étude clinique quant à la probabilité d'évolution vers un *délire de relation des sensitifs*.

2) Obs. 59 : M. C. V..., hypocondrie tenace (impuissance) accompagnée d'un sentiment d'infériorité. Traitements antérieurs : électricité, lévomépromazine, imipramine (amélioration transitoire), lobotomie avant d'entrer dans le service.

En février 60, 100 mg d'*iproniazide* transforment en 8 jours l'état de ce malade, auparavant inerte, anxieux et inactif : au bout d'une semaine, il s'occupe à l'atelier de poterie.

2 mois plus tard, une permission est accordée ; c'est un échec : le malade tout à fait désorienté, n'arrive pas à destination. Réintégré quelques jours après, il nous déclare avoir été bouleversé par le trop brusque changement (il n'était pas sorti depuis 1 an). Néanmoins avec la même dose (100 mg), il retrouve un état de santé satisfaisant qui se maintient jusqu'au mois d'août.

En août 1960, brusquement, crise mélancolique typique : « Je suis le monstre abominable, je vais déclencher l'Apocalypse.... ». Ceci, malgré les 100 mg d'*iproniazide* que le malade continuait à prendre.

Ainsi, malgré une amélioration certaine de plusieurs mois, ce cas doit être considéré comme un échec.

Enfin, dans 4 cas (une mélancolie chronique, une hypochondrie, 2 dépressions symptomatiques) l'application d'*Iproniazide* a été totalement inefficace.

Il y a lieu de signaler toutefois que ces 4 états dépressifs étaient particulièrement rebelles à tous les traitements antérieurs et qu'il s'agissait d'états chroniques.

Chez ces 4 malades, la cure n'a pas duré moins de six semaines et les doses ont varié de 50 à 150 mg.

DÉLAI D'ACTION :

Pour 11 cas favorables sur 17, soit 65 % (5 succès et 6 améliorations), nous relevons :

— *Action rapide* (moins de 10 jours de délai) : 5 cas :

3 syndromes mélancoliques isolés.

1 hypochondrie.

1 dépression simple.

— *Action lente* (10 à 20 jours de délai) : les 6 autres cas :

1 mélancolie symptomatique (16 jours).

1 mélancolie probablement symptomatique (20 j.).

1 hypochondrie (12 jours).

2 obsessions (12 et 18 jours).

2 dépressions symptomatiques (15 jours).

INCIDENTS ET COMPLICATIONS :

Sur 17 cures d'*Iproniazide* :

— 1 cas d'érythème scarlatiniforme généralisé de sensibilisation (chez un allergique connu).

- 1 cas de syndrome vertigineux et hypotension qui ont nécessité l'arrêt du traitement.
- Par ailleurs, seulement 3 cas d'*insomnie*, bien corrigée par l'association de lévomépromazine ou d'alimé-
mazine ;
1 cas de tremblement.
- La tension artérielle maxima contrôlée régulièrement chez tous les malades, n'a jamais baissé de plus de 3 cms Hg.
- Nous n'avons relevé aucune perturbation *hépatique* clinique et surtout *aucun accident rétionnel*.

C'est pourquoi ce médicament nous semble bien toléré.

Pour conclure ces brèves réflexions, nous essaierons de comparer les effets de l'Imipramine et de l'Iproniazide :

	Imipramine (31 cures)	Iproniazide (17 cures)
Efficacité	64 %	65 %
Rapidité d'action (moins de 10 jours)	35 %	45 %
Inversion d'humeur	6,4 %	5,8 %
Incidents (nécessitant l'arrêt du traitement)	9,7 %	11,7 %
Insomnie	38,7 %	17,6 %

L'action de ces deux nouveaux produits apparaît ici comme semblable.

A efficacité égale, l'*Iproniazide* paraît avoir une action plus rapide que l'*Imipramine*.

Cette constatation est en désaccord avec les publications de la plupart des auteurs. Elle n'amène pas de conclusion du fait d'un nombre de cas restreint.

L'*Iproniazide* s'accompagne moins souvent d'insomnie.

Un des principaux inconvénients de l'*Iproniazide* nous

paraît être l'absence de présentation injectable qui ne permet pas d'utiliser ce médicament dans les cas de refus d'alimentation. Mais les cas de mélancolies avec refus d'alimentation sont en général des dépressions graves, avec réactions suicidaires fréquentes. Il nous semble, là encore, que l'*électro-choc* doit être institué d'emblée, associé ensuite à la chimiothérapie.

*
**

Au terme de ces réflexions, que penser de l'argument thérapeutique des chimiothérapies ?

Il nous avait paru, à la lecture des premières publications, que l'*Imipramine* agissait mieux dans les cas de syndrome mélancolique vrai (type psychose périodique).

Comme dans 2 cas de mélancolies symptomatiques de délires, nous avons remarqué 2 échecs (1 aggravation et 1 état confuso-onirique), nous nous demandions si le nouveau médicament n'était pas spécifique de la mélancolie (cadre de la psychose périodique). Mais plusieurs résultats favorables dans les syndromes mélancoliques symptomatiques ayant été observés, l'*Imipramine* ne paraît pas une chimiothérapie exclusive de la mélancolie « endogène ».

D'autre part, l'action favorable de l'*Imipramine* et de l'*Iproniazide* étant aussi fréquente dans les névroses que dans les psychoses, il ne nous paraît pas exister actuellement d'argument thérapeutique dans l'efficacité ou l'inefficacité de ces médicaments.

Seul reste bien valable et bien classique — avec de rares exceptions — l'*argument sismothérapique* :

échec dans les états névrotiques,
succès dans les états mélancoliques.

CONCLUSIONS

Sur 190 états dépressifs chez l'homme, traités à l'hôpital St-Georges de Bourg-en-Bresse (hôpital psychiatrique fermé des Départements de l'Ain et de la Saône-et-Loire), nous avons remarqué :

I. — Au point de vue clinique.

- 1°) Parmi les cas de *syndromes mélancoliques* (47) :
20 seulement du cadre de la *Psychose périodique*.
13 sont des syndromes mélancoliques *isolés*.
14 se sont révélés comme *symptomatiques*.

- La *Mélancolie vraie* est donc relativement rare par rapport aux autres états dépressifs.
- Le diagnostic est difficile dans les cas de *mélancolies mineures* sans délire d'auto-dépréciation exprimé.
- Un des arguments cliniques majeurs de la Psychose maniaco-dépressive, la *périodicité*, est en train de perdre sa valeur du fait des nouvelles thérapeutiques qui peuvent tronquer une évolution autrefois chronique et réaliser une *trompeuse cyclothymie*.
- Quand le premier accès de mélancolie est tardif (après 30 ans), il convient de réserver le pronostic : plusieurs exemples dans cette étude montrant qu'il s'agit souvent de manifestations dépressives d'un délire chronique.

2°) Pour le groupe des *dépressions névrotiques* (76 cas) : Dans 46 cas — près du quart du total — (21 dépressions simples — 8 dépressions avec alcoolisme — 17 dépressions réactionnelles) *l'internement aurait dû être évité* à des malades (peu fortunés) qui ne sont pas des *aliénés* mais qui trouvent à l'hôpital psychiatrique le soutien qu'on devrait leur offrir en maison de santé ou dans le cadre d'une *psychiatrie de secteur*.

3°) Dans le groupe des *états dépressifs de diagnostic difficile* :

17 cas-limites, entre névrose et psychose, illustrent peut-être *l'unité structurale des états dépressifs*.

34 cas se sont révélés *symptomatiques*. Devant un tableau atypique de dépression, il faut donc réserver le diagnostic et le pronostic.

Au sujet de la *fréquence des tentatives de suicide* pour ce groupe des dépressions symptomatiques, nous avons relevé 12 tentatives de suicide sur 34 cas.

II. — Au point de vue thérapeutique.

1°) *L'électro-choc* est le traitement le plus sûr (faible délai d'action, efficacité remarquable) du syndrome mélancolique, même s'il ne s'agit pas d'une *psychose périodique*.

2°) *Les neuroleptiques* sont efficaces dans les cas de dépressions symptomatiques. Ils ne sont pas capables de transformer le « vécu mélancolique ».

3°) *Les nouvelles chimiothérapies, Imipramine et Ipro-niazide* ont une action particulière sur l'humeur dépressive et l'inhibition, dans les états mélancoliques. Elles peuvent même causer des inversions d'humeur.

Malheureusement, le délai d'action est souvent trop long (souvent plus de 15 jours) pour les formes graves délirantes. Dans ces cas, *l'électro-choc doit être préféré, au début.*

Dans les états névrotiques, *l'Imipramine* et *l'Ipro-niazide* donnent souvent de bons résultats, en particulier dans les cas de *dépressions réactionnelles* et même de certaines *névroses obsessionnelles*.

4°) Si l'action favorable de la *sismothérapie* est un *argument en faveur de la mélancolie*, les nouvelles chimiothérapies ne paraissent pas spécifiques de la névrose ou de la psychose.

Par contre, leur action semble souvent symptomatique sur *l'inhibition* et *l'anxiété*. A ce titre, ces méthodes ont peut-être la qualité « *d'analyseurs séméiologiques* ».

Vu : *Le Doyen,*
H. HERMANN.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
J. DECHAUME.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 20 Septembre 1960.

LE RECTEUR, *Président du Conseil de l'Université,*
Pour le Président du Conseil de l'Université,
Le Vice-Président,
A. MOUSSA.

BIBLIOGRAPHIE

(Ouvrages consultés)

I. — Partie clinique

BALVET (P.) et VERMOREL (H.). — *A propos du traitement des syndromes dépressifs de l'âge moyen de la femme, à forme neurasthénique*. Journal de Médecine de Lyon, N° 847, Avril 1955, p. 305.

BOUTONNIER (J.). — *L'angoisse*, Paris 1945.

— *Les défaillances de la volonté*, Paris 1951.

BOURRAT (L.). — *Les Grands Syndromes Névropathiques*. Revue de l'Association lyonnaise de l'Externat, mars 1956, N° 3, p. 101.

— *Syndromes dépressifs de l'âge moyen chez la femme*. Incidences sociales et médico-légales. Journal de Médecine de Lyon, N° 847, Avril 1955, p. 299.

CHAMPETIER (A.). — *Les états dépressifs simples de l'âge moyen, chez l'homme* (Thèse Lyon, 1955).

DELAY (J.). — *Les dérèglements de l'humeur*. P. U. F., 1946.

DIATKINE (R.) et FAIVREAU (J.). — *Le caractère névrotique* (Revue française de Psychanalyse 1-2-1956).

DIGO (R.). — *La mélancolie* (Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1955).

EY (H.). — *Etudes psychiatriques* :

T. II, Etudes N° 14, N° 15, N° 16, N° 17 ;

T. III, Etudes N° 22 et N° 25.

— *Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique* (Symposium sur les états dépressifs, Paris, 1954).

EY (H.) et LABOUCARIE (J.). — *Les Schizophrénies aiguës* (Evolution psych., 1958, T. III).

FÉNICHÉL (O.). — *La théorie psychanalytique des névroses*, T. I et II. P. U. F. 1952.

FOUQUET (P.). — *Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme* (L'Evolution psych., 1951, T. II).

— *Alcoolisme et psychiatrie* (L'Evolution psych., 1959, T. II)

- FREUD (S.). — *Inhibition, symptôme et angoisse*, 1926, P.U.F., 1951.
- *Analyse terminée et analyse interminable* (Revue française de Psychanalyse, 1939).
- *Deuil et mélancolie* (Revue française de Psychanalyse, N° 1, 1936).
- FREUD (S.) et BREUER. — *Etudes sur l'hystérie*, P. U. F., 1956.
- GELMA. — *L'angoisse*. Etude clinique ; cahiers de psychiatrie (1948).
- GENTIS. — *Les états dépressifs de l'âge moyen chez la femme* (Thèse Lyon 1953).
- GUIRAUD (P.). — *L'avenir de la clinique psychiatrique*. Evolution psychiatrique, 1956, T. I.
- *Psychiatrie clinique*, 1956, Paris (p. 322 à 344).
- GUYOTAT (J.). — *Mélancolie et électro-choc*. Thèse Lyon 1950.
- GUYOTAT (J.) et GENTIS (R.). — *Syndromes dépressifs de l'âge moyen chez la femme. Etude clinique, étio-pathogénique, évolutive, thérapeutique*. Journal de Médecine de Lyon, N° 847, Avril 1955, p. 289.
- GUYOTAT (J.) et PERRIN (J.). — *L'accès mélancolique* (Chimiothérapie de la mélancolie). Rapport introductif à la Journée d'étude de thérapeutique psychiatrique. Hôpital du Vinatier 23-5-1959. Numéro spécial du « Journal de Médecine de Lyon ».
- HELD (R.). — *L'insomnie névrotique*. Evolution psychiatrique, 1960, T. I.
- HESNARD. — *Les syndromes névropathiques* (Doin 1927).
- *L'univers morbide de la faute*, P.U. F., 1949.
- JANET (P.). — *De l'angoisse à l'extase*, 2 vol., Paris, 1926.
- *Les obsessions et la Psychasthénie*, 2 vol., Paris, 1903.
- LABOUCARIE (J.) et EY (H.). — *Les Schizophrénies aiguës* ; Evolution psychiatrique, 1958, T. III.
- LAGACHE (D.). — *Deuil pathologique* (La Psychanalyse, Mélanges cliniques, T. 2, p. 45).
- LEBOVICI (S.). — *Contribution psychanalytique à la compréhension et au traitement de la mélancolie*. (Symposium sur les états dépressifs, Paris 1954).
- MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1893.

- MALLET (J.). — *La dépression névrotique*. (Symposium sur les états dépressifs, Paris, 1954).
- *Névrose phobique*. Encyclopédie médico-chirurgicale, T. 2.
- NACHIN (C.). — *Investigations préliminaires à une étude scientifique de l'alcoolisme psychiatrique*. Thèse Lyon, 1957.
- NACHT (S.) et RACAMIER (P. C.). — *Les états dépressifs, étude psychanalytique*. Revue française de Psychanalyse, 1959, N° 5.
- NODET (Ch. H.). — *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques*. Thèse Paris, 1937.
- *Sexualité et situation*. Etude psychanalytique (à paraître)
- PASCHE (F.). — *L'angoisse et théorie freudienne des instincts*. Revue française de Psychanalyse, T. XVIII, N° 1, janv.-mars 1954, p. 46-51.
- PERRIER (F.). — *Psychanalyse de l'hypocondriaque*. Evolution Psychiatrique, T. 3, 1959.
- *Phobies et hystérie d'angoisse*. (La Psychanalyse, « Mélanges cliniques », 1956, T. 2, p. 165).
- RÉQUET (A.). — *La psychiatisation de l'alcoolisme*. Lyon Médical, déc. 1955.
- ROUART (J.). — *Psychose maniaque dépressive et folies discordantes*. Thèse Paris, 1935.
- *Les névroses*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, T. 2.
- *Dépression et problèmes de psychopathologie générale* (Symposium sur les états dépressifs, Paris, 1954).
- SAUGUET (H.). — *Etats hypocondriaques névropathiques*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, T. II.
- SEGLAS. — *Leçons cliniques*, Paris 1895.
- VIDAL (M^{me} B. et G.). — *Les états dépressifs après deuil*. Annales méd. psychologiques, 1960, N° 4.

II. — Partie thérapeutique

(Travaux d'ensemble consultés)

- BERTHERAT (Y.). — *Contribution à l'étude des nouvelles chimiothérapies de la Mélancolie*. Thèse Lyon, 1959.
- CARRIER (J.). — *Traitement de la mélancolie* (Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1955).

- DELAY (J.). — *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique*. Masson 1950.
- DELAY, DENIKER, LEMPÉRIÈRE. — *Le traitement des états dépressifs et mélancoliques en fonction des nouveaux antidépresseurs*. Congrès de Tours, 1959.
- FOUKS, MATHIS, LAINE, PAGEOT, FERRAND. — *Traitement des états dépressifs*. Congrès de Tours, 1959.
- GUYOTAT (J.). — *Mélancolie et électro-choc*, Thèse Lyon, 1950.
- GUYOTAT (J.) et PERRIN (J.). — *Chimiothérapie de la mélancolie*. (Situation actuelle par rapport à la sismothérapie).
- *Rapport introductif à la journée de thérapeutique psychiatrique de l'hôpital du Vinatier*, 23 mai 1959. « Journal de Médecine de Lyon » (Numéro spécial). Communications de MM. BERTHIER, BONNET, BOURRAT, CARRIER, MARESCAL, MARIN, MASSOT, MILLON, NACHIN, SCHERR et SCHOTT.
- SCHOTT (B.). — *Les thérapeutiques neuro-sédatives en pratique courante*. (Journal de Médecine de Lyon, N° 973, p. 1017).

LÉVOMÉPROMAZINE

- DESHAIES (G.), LANTERI (G.), LAURA, FARGEON. — *La Lévomépromazine en thérapeutique psychiatrique*. Annales médico-psychologiques, T. 2, n° 5, Déc. 58, p. 965-980.
- HAMEL, SIMON, BOURNET. — *Résultat thérapeutique du 7044 ou Lévomépromazine à la lumière de 66 cas traités de façon systématique*. Annales médico-psych. 1958, T. 2, n° 5.
- LAMBERT, BEAUJARD, ACHANTRE, BROUSSOLLE, PERRIN, BERTHIER, BALVET, REVOL, RÉQUET. — *Essais thérapeutiques d'un nouveau dérivé de la phénothiazine : la Lévomépromazine ou 7044 RP*. Annales Médic. Psych., T. 2, juillet 1957.

IMIPRAMINE

- AZIMA (H.). — *Modifications psychodynamiques provoquées par l'administration du Tofranil*. Congrès sur la Dépression Mac Gill Univ., Montréal, mars 1959.
- BARUK (H.), LAUNAY (J.), FARDY, BOIGE et BRICAUT. — *Premiers résultats d'essais thérapeutiques du G. 22.355*. Comm. groupe d'Etudes de Psycho-pharmacologie (22-2-1959). Ann. Méd Psychol., 1959, I, n° 4, pp. 754-755.
- BERGOUIGNAN (M.), DEMONGEAT (M.) et JULIEN (J.). — *Statistique provisoire des résultats thérapeutiques obtenus avec le G. 22.355 (Tofranil) dans 80 états dépressifs* (Communication du 23-2-59). Ann. Méd. Psychol., 1959, t. I, n° 4, pp. 710-717.

- CAMERON (E.). — *L'emploi du Tofranil chez les personnes âgées.* Congrès sur la Dépression. Mac Gill Univ., Montréal, mars 1959.
- COIRAUT (R.), GIRARD (V.), FOURNIER (A.), CHAZAUD (J.) et ROBIN (P.). — *Un orthothymique agissant efficacement sur les états dépressifs et mélancoliques.* Presse médicale, 1959.
- DELAY (J.), DENIKER (P.), LEMPÉRIÈRE (T.), ROBERT (M.), COLIN (W.) et GRIZEK (B.). — *Etude de l'efficacité de l'imipramine (G. 22.355) dans le traitement des états dépressifs (23-2-1959).* Ann. Méd. Psychol., 1959, t. I, n° 3, pp. 521-531.
- FINK (M.). — *Effets du Tofranil sur le comportement et sur les tracés encéphalographiques.* Congrès sur la Dépression. Mac Gill Univ. Montréal, mars 1959.
- FOUKS, LAINE, PAGOT et FERRANT. — *Note sur le G. 22.355.* Comm. : Groupe d'étude de Psychopharmacologie (22-2-1959). Ann. Méd. Psychol., 1959 I, n° 4, p. 754.
- FREYHAN (F. A.). — *The pharmacological modifications of mental depression with Imipramine.* (Rome, sept. 1958, Congrès de Neuro-psycho-pharmacologie).
- FREYHAN (F. A.). — *L'efficacité clinique du Tofranil dans le traitement des psychoses dépressives.* Congrès sur la Dépression. Mac Gill Univ., Montréal, mars 1959.
- GUYOTAT (J.), MARIN, DUBOR, BONHOMME, ROZIER. — *L'Imipramine en dehors des Etats dépressifs (7 névroses obsessionnelles).* Communication à la Société de N. P. méd. soc. de la région lyonnaise, 8-11-1959.
- HOFF (H.). — *Indications respectives de l'électro-choc, du Tofranil et de la psychothérapie dans le traitement des dépressions.* Congrès sur la Dépression. Mac Gill Univ., Montréal, mars 1959.
- KIELHOLZ (P.) et BATTEGAY (R.). — *Behandlung depressiver Zustandsbilder unter spezieller Berücksichtigung von Tofranil, einen neuen Antidepressivum.* Schweiz. Med. Wschr., 1958, 88 : 31, 763-767.
- KIELHOLZ (P.). — *Traitement médicamenteux des états dépressifs.* Comm. Congrès sur la Dépression. Mac Gill Univ. Montréal, mars 1959.
- KUHN (R.). — *Le traitement des états dépressifs par un dérivé de l'iminodibenzyle (G. 22.355).* Journal Suisse de Médecine, 1957, 87, 35-36, 1135-1140.
- KUHN (R.) et FAUST (Cl.). — *Ueber die Wirkung von Iminodibenzylderivaten bei endogenen Psychosen.* II^e Congrès International de Psychiatrie, Zurich, 1957.

- LABOUCARIE (J.), BARRÈS (P.) et LACASSIN (P.). — *Le G. 22.355 Imipramine dans le traitement des états dépressifs mélancoliques (d'après 70 observations)* (communic. du 23-3-1959). Ann. Médico. Psychol., 1959, t. I, n° 4, 718-723.
- LEHMANN (E. H.), CAHN (C. H.) et DE VERTEUIL (R. L.). — *The treatment of depressive conditions with imipramine* (G. 22.355). Canad. Psychiat. Ass. J., 1958, 3, pp. 155-164.
- LEHNER. — *Ueber die Behandlung depressiver Zustände in der psychiatrischen Praxis mit Tofranil*. Schweiz. Med. Wschr., 1959, 89, p. 209.
- MALITZ (S.), WILKENS (B.), ESECOVER (H.). — *Evaluation préliminaire du Tofranil dans un groupe combiné de patients hospitalisés et de cas ambulatoires*. Congrès sur la Dépression. Mac Gill Univ. Montréal, mars 1959.
- PASQUET (P.), LANGLOIS (M.) et VERCEL (R.). — *Essais de traitements des états dépressifs par le G. 22.355* (26-1-1959). Ann. Med. Psychol., 1959, t. 1, n° 2.
- RACAMIER (P. C.), CARRETIER (L.), SENS (C.). — *L'Imipramine (Tofranil), dans le traitement des états dépressifs*. Semaine thérapeutique, n° 8, octobre 1959.
- STECK (M.), SCHNEIDER (G.) et SCHNEIDER (C.). — *Le traitement des états dépressifs par le Tofranil*. Actes du Congrès de Psychiatrie et Neurologie de langue française (Strasbourg 1958).

IPRONIAZIDE

- BELUFFI (M.). — *Observations cliniques préliminaires sur l'emploi de la Isopropil-Isonicotinil-hydrazide (Marsilid « Roche ») dans le traitement des psychoses et psychopathies distimiques essentielles et symptomatiques*. Communic. au Congrès des psychiatres et neurologues français. Strasbourg, 21-26 juil. 1958.
- BOITTELLE (G.), BOITTELLE-LENTULO (C.), DELTEIL, DUBOIS. — *Premiers résultats du traitement des états dépressifs par l'Iproniazide*. Ann. Med. Psychol., t. I, n° 1, p. 132-138 ; Janv. 1959.
- BREITNER (C.). — *Marsilid in catatonic Schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry, vol. 114, n° 10 (avril 1958).
- CRANE (G. E.). — *Iproniazid (Marsilid) Phosphate : a therapeutic agent for mental disorders and debilitating diseases*. Psych. Res. Rep. Amer. Psych. Assoc., vol. 8, p. 142-152, 1957.
- DALLY (P. J.). — *Indications for use of Iproniazid in psychiatric practice*, Britsch Medical Journal, p. 1338-1339 (7 juin 1958).

- DELAY (J.), DENIKER (P.), BUISSON (J. F.), HAIM (A.). — *Le traitement des états dépressifs par les dérivés de l'acide isonicotinique isoniazide et iproniazide*. Ann. Med. Psychol., T. I, n° 1, p. 125-132 (janvier 1959).
- DE VERTEUIL (R. L.), LEHMANN (H. E.). — *Therapeutic trial of iproniazide (Marsilid) in depressed and apathetic patients*, Canad. M. A. J., vol. 78 (15 janvier 1958).
- DICK (P.). — *L'action thérapeutique sur les états dépressifs d'un inhibiteur de la monoamino-oxydase, le Marsilid (Iproniazide)*. Schweiz Med. Wschr. Ann. : 89, n° 49, p. 1288-91 (5 déc. 1959).
- GARRONE (G.) et DICK (P.). — *Une thérapeutique pharmacologique nouvelle des états dépressifs*. Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, vol. 15, fasc. 4/5, p. 308-321 (1959).
- GUYOTAT, MARIN, BERTHERAT, ROULLET. — *L'Iproniazide en thérapeutique psychiatrique*, Comm. Soc. de N. P. méd. soc. de la région lyonnaise (mars 1959).
- GUYOTAT, MARIN, BONHOMME. — *L'Iproniazide dans les psychoses chroniques traitées par les neuroleptiques*, Comm. Soc. de N. P. méd. soc. de la région lyonnaise (nov. 1959).
- FOUKS, MATHIS, LAINE, PAGOT, FERRANT. — *Note sur l'utilisation de l'Iproniazide en psychiatrie*, Comm. à la soc. Moreau de Tours (juin 1959).
- INSUA (J. A.), BÉRARD (E.). — *L'Iproniazide en thérapeutique psychiatrique*, La Presse Médicale, vol. 67, n° 37, p. 1458-1459 (1^{er} août 1959).
- LAUER (J. W.). — *Biochemical and clinical changes resulting from administration of Marsilid and Tryptophan to schizophrenic patients*, Journal of Clinical and Experimental Psychopathology and Quarterly Review of Psychiatry and Neurology, vol. 19, n° 2, p. 110-113 (avril-juin 1958).
- LOOMER (H. P.), SAUNDERS (J. C.), KLINE (N. S.). — *L'Iproniazide, un inhibiteur de l'amine-oxydase comme exemple « d'énergisant psychique »* ; Comm. au Regional Meeting of the American Psychiatric Association. Syracuse, 6 avril 1957.
- RISER (R.), TURNIN (J.), GAYRAL (L.), CARRIE (J.), STERN, BACCIOCHI (M.). — *Traitement des états mélancoliques par les nouvelles chimiothérapies : Lévomépromazine, Imipramine, Iproniazide, Réserpine, Déprol*, Toulouse Médical, n° 9, p. 645-654 (octobre 1959).
- ROBIE (T. R.). — *Marsilid and electroconvulsive shock therapy*, Journal of Clinical and Experimental Psychopathology and Quarterly Review of Psychiatry and Neurology, vol. 19, n° 2, p. 90-97 (avril-juin 1958).

- ROBIE (T. R.). — *Iproniazid Chemotherapy in Melancholia*, The American Journal of Psychiatry, (vol. 115, n° 5), p. 402-409 (nov. 1958).
- SANDLER (S. A.). — *Iproniazid: An effective Treatment for Depressions*, The Journal of the Medical Society of New-Jersey, vol. 55, (p. 265) (juin 1958).
- SAUNDERS (J. C.). RADINGER (N.), ROCHLIN (D.), KLINE (N. S.). — *Treatment of depressed and regressed patients with Iproniazid and Reserpine*. Diseases of the Nervous System., vol. 20, n° 1, p. 1-8 (janv. 1959).
- SETTEL (E.). — *Marsilid for the elderly*, Journal of clinical and experimental Psychopathology and Quaterly Review of Psychiatry and Neurology, vol. 19, n° 2, p. 98-104 (avril-juin 1958).
- TAUBER (C. G.). — *Marsilid in der Behandlung depressiver Zustände*, Praxis, vol. 48, n° 20, p. 489-94 (1959).
- ZELLER (E. A.), BARSKY (J.). — *In vivo inhibition of liver and brain Monoamine oxydase by i-isonicotinyl-2-isopropylhydrazine*, Proc. soc. Exp. Biol. med., vol. 81, p. 459-461 (1952).
- ZELLER (E. A.). — *Biochemical and Clinical changes resulting from administration of Marsilid and Tryptophan to schizophrenic patients*. Journal of Clinical and Exper. psychopathology and Quaterly Review of Psych. and Neur., vol. 19, n° 2, p. 106-109 (avril-juin 1958).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
--------------------	---

PREMIERE PARTIE

<i>Essai de classification des états dépressifs</i>	11
I. Etats dépressifs psychotiques	12
II. Etats dépressifs névrotiques	18
1° L'angoisse névrotique	18
2° Les dépressions névrotiques	21
III. Etats dépressifs de diagnostic difficile	31

DEUXIEME PARTIE

<i>Classification de 190 états dépressifs</i>	35
I. Syndromes mélancoliques vrais	36
II. Les dépressions névrotiques	51
III. Les états dépressifs de diagnostic difficile	71

TROISIEME PARTIE

<i>Les thérapeutiques appliquées</i>	83
I. Thérapeutiques secondaires	84
II. Thérapeutiques majeures	85
1° Traitement électrique	85
2° Neuroleptiques	87
3° Imipramine	90
4° Iproniazide	95

CONCLUSIONS	105
-------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE	109
---------------------	-----

BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD
1960
